小兒之吐——一個中國醫療發展史和兒童健康史上的考察

熊 秉 眞

摘 要

本文試從中國醫療發展史及兒童健康史的兩個思考方向，對中國歷史上一項重要的兒童健康問題——小兒之吐——作一調查、瞭解與分析。

原文先溯醫籍中所反映醫者注意嬰兒吐乳與人們諸般嘔吐問題之歷史淵源。再細論宋代以來主要醫家對熱吐、冷吐、積吐、傷嗽吐、蟲吐、驚吐等主要吐證所有之認識、論辯與診治實情，其意見之同異，與所呈時代之變化。其次，兼述彼等對吐瀉並作與所謂霍亂之描繪與主張。最後，以小兒之吐在醫療史與健康史雙方面各自呈現之意義，與交錯凸顯之宏觀景像為一具體實例，略抒以醫籍史料為科學史與社會史兩方研究之素材，與若干觀念與方法論上發現之芻議。

中央研究院近代史研究所集刊
第 25 期（民國 85 年 6 月）
© 中央研究院近代史研究所

小兒之吐——一個中國醫療發展史和兒童健康史上的考察

熊 秉 眞*

一、前　言
二、吐之問題
三、嘔吐之症及其診治
四、吐與瀉之並論
五、醫療史與健康史交集下的小兒嘔吐問題：代結論

一、前　言

嬰幼兒將已攝入之乳食又翻吐出來——過去中國之醫籍及一般民眾均稱之為「吐」——其實是一個常發生的現象[1]。對這個現象的進一步觀察和瞭解，使傳統的中醫[2]和現在的西醫[3]，都曾嘗試將之作大略的類分。譬如說，把發生者在年齡上作嬰兒與幼童的分際，把發生的時間，作攝食後立即吐出與攝食完經過一段時候才吐出的二種；把發生的性質作病態和非病態的區別等等。種種不同情況的嘔吐，不但常見，對人類而言中恐怕也是一個相當古老的問

* 中央研究院近代史研究所研究員

1 嘔或吐最早出現於《素問》，〈六元正紀大論〉有「火郁之發，民病嘔逆」之說。《金匱要略》亦有〈嘔吐噦下利篇〉之作。古代嘗有飲食逆、氣逆、噫、噯及惡心等相關之討論。

2 參見汪育仁主編，《中醫兒科學》（北京：人民衛生出版社，1987），頁 77-85。

3 Victor C. Vaughan, R. James Mckay, Waldo E. Nelson eds., *Text Book of Pediatrics* (Philadelphia: Saunders, 1975), Gastrointestinal Symptomatology, “Vomiting”, pp. 813-814.

題。所以不但吐及其近義字在中國文字中早已出現，古代醫學上也早就注意到這個兒童健康上的問題。宋代幼科成立以後，此方面的論述和記載當然愈加紛繁。

吐之現象，因而是一個具體的兒童健康上的問題，其認識及處理也代表中國近世醫療史上一個重要的面像。本文即在嘗試以吐為例，由中國近世兒童健康的歷史變化，及近世醫學知識和醫療發展的歷史過程二個角度，來探討其本身發生狀況之變化，以及人們在認識和處理手法上曾有的一些演變。

二、吐之問題

幼齡的孩子，常容易嘔吐，其嘔吐的情況、時序、和病態也形形色色，各有不同。但是中國古代的醫者很早就發現，以發生者之年齡對嘔吐作一根本上之區分，是觀念上提綱挈領的開始。他們將發生於初生到週歲（或斷乳）嬰兒身上的嘔吐現象，通稱之為「吐乳」，而發生於週歲後幼童身上的嘔吐問題，則以「諸吐」或「嘔吐」名之。

（一）吐乳

初生及哺乳中的嬰兒常容易發生吐乳的現象，古代醫者早已識及。宋代的幼科要籍《小兒衛生總微論方》中，相當詳細地列舉並討論了種種可能引起新生兒和嬰兒吐乳的原因，如拭口未淨[4]，啼哭未定而遽以乳飼[5]，冷乳熱乳入腹[6]，傷風[7]，受驚[8]等等。總而言之，依彼之見，這些吐乳之所以發生，與

---

4 原文稱：「吐逆，自生下便吐者，此是兒初生之時，拭掠口中穢血不盡，因咽入喉故也。」見《小兒衛生總微論方》（後稱《小兒衛生》），「吐晛哯」，《古今圖書集成》（台北：鼎文書局，1976影印），醫部，卷435，頁4827-4828。錢乙亦有「生下吐」之說，以「初生下，拭掠兒口中穢惡不盡，嚥入喉中，故吐。」見《小兒藥證直訣》（台北：力行書局，影印清光緒十七年刊本），頁21。關於初生兒「拭口」之討論，見熊秉真，《幼幼：傳統中國的襁褓之道》（台北：聯經出版公司，1995），頁60-61，82-88。

5 以「吐逆，胸膈滿悶氣者，此因兒啼哭未定，氣息未勻，乳母忽遽以乳飼之。兒氣尙逆，乳不得下，停滯於胸膈之間。因更飲乳，前後相沓，氣不宣通，故氣逆兒乳隨出之為吐也。」同上註，頁4838。

6 關於冷乳冷食入腹引起的吐乳，《小兒衛生》的說法是：「吐逆，腹脹喘息，乳不化，夾青水，面青唇白者，此因乳母胃寒，取涼食冷飲，寒致冷氣入乳，變壞其汁而不捻去，

照養之不當，尤其是餵乳時嬰兒、乳母及乳汁的狀態或餵乳時的方式，有直接的關係。若暫時中斷乳兒，調治乳母後再復予之，或微下以調氣止吐，一般而言，此類嘔吐對嬰兒健康應不致構成什麼嚴重的威脅。

尤其有一種自古以來稱之為「哯」的類似吐乳的情形，「乃兒因吮乳汁過多，胃滿而上溢出故也」[9]，俗謂「噫嬭」，或「溢乳」。這種嬰兒乳後又由口中溢出或吐出的乳汁的情形，大約是最普通而常見的一種嬰兒吐乳，歷代醫籍中對之論析亦最多。其討論的焦點，包括發生者的年齡（是剛出生三日、二十日或者六個月以前），其發生的時序（是剛飲乳而立時吐出或者乳後一段時間才吐出），其吐出乳汁之份量（是由口角邊微微滲出少許或者是大量傾瀉嘔出），以及其所代表的生理與病理上的意義（是非病態的偶發事件或者哺乳過食或者消化力弱）等等。明代萬全曾將過飽而造成的「嘔乳」，乳後懷抱不當造成的「溢乳」，與小兒平時乳滲唇邊的「哯乳」，一一描述，分論其由，並及矯治[10]。

整體而言，近世幼醫不以嬰兒吐乳為一嚴重的問題。在他們看來，大多數的吐乳都是因餵食過飽而來。只要注意矯正育養方式，以短暫的「節乳」或「斷乳」消其宿積，即可消除傷食過飽所帶來的外吐和外溢。明代幼醫名著，魯伯嗣的《嬰童百問》中的論述，很能代表此類看法，他在〈第六十問嘔證吐乳證〉中說：

凡小兒乳哺不宜過飽。若滿則溢，故令嘔吐。胃之納乳，如氣之盛物。

仍以飼兒。或能食者，因以冷物飼之，其冷乳冷食入腹，與氣相搏，傷於脾胃，則氣逆而吐也。」關於飲熱乳而致者，彼謂：「吐逆，身熱，吐奶或片子者，胃有熱也。此因乳冒熱，或因飲酒，熱入其乳，變壞其汁而不捻出，仍以飼兒。或兒乘熱哺啜，致熱氣入胃，與氣相搏，致氣逆而吐也。」同上註，頁 4838 。有關傳統醫籍對寒乳、熱乳的討論，及對捻去宿乳的說法，見熊秉真，《幼幼：傳統中國的襁褓之道》，頁 106 。

7 謂：「吐逆，身熱鼻青，呵欠煩悶，口中氣熱，夜間發躁者，此傷風吐也。因解脫失宜，風冷襲之，搏於血氣，故身熱，呵欠煩悶，口中氣熱也。氣不得順，故逆而作吐也。」《小兒衛生》〈吐晛哯〉；《古今圖書集成》，頁 4828 。

8 以「吐逆，早晚發熱，睡臥不安者，此驚吐也。心熱則生驚，故睡臥不安，而神不寧也。心神不寧，則氣血逆亂而吐也。」同上註，頁 4828 。

9 《小兒衛生》，〈吐晛哯〉；《古今圖書集成》，頁 4828 。

10 見萬全，〈嘔吐〉，《幼科發揮》（北京：人民衛生出版社， 1986 ），卷 1 ，頁 66-69 ；及熊秉真，《幼幼：傳統中國的襁褓之道》，頁 124-125 。

杯棬之小，不可容巨碗之物。雨驟則沼溢，酒暴則卮翻，理之必然。乳母無知，但欲速得乳兒長大，更無時廢。或兒睡著而更銜乳，豈有厭足。受病之源，自此漸至日深。導其胃氣之膚，慢驚自此而得，可不慎乎？此候但令節乳為上。甚者宜暫斷乳。[11]

薛鎧亦以為「乳哺過飽，則胃不能受而溢出」，常是嬰兒嘔及吐乳之源，尤責乳養者不當，令嬰兒「銜乳多食睡」。但是薛鎧只贊成乳母「節其飲食自愈」，而不主張完全「停食」。其治驗中引有小兒吐食，因「停食，服剋伐之葯」，而形氣益弱者。其實贊成「節乳」，而反對「斷乳」的看法，元代幼科名著，曾世榮的《活幼心書》中，已有明白之呼籲。曾氏以撙節代斷絕的調養方式[12]以及薛鎧「不必多葯，但節其飲食自愈」的主張[13]，代表元、明以後幼醫對嬰兒吐乳漸持節食的「自然療法」。明末王肯堂仍持此論，以「化乳消食」為對待乳哺太過所造成的「傷乳吐」。他特別強調：「若吐自口角出，即是乳多，不能消化，滿溢之證，非病也。不可妄投他治吐葯[14]。」此等較重溫和調養，與自然康復的態度，與宋代錢乙以「皆當下」的峻利用藥處理「吐乳」[15]，誠為一大轉變。間有以為嬰兒常有吐乳現象，可能代表其胃腸

[11] 魯伯嗣，〈第六十問嘔證吐乳證〉，《嬰童百問》（台北：新文豐出版公司，1987，影印據明嘉靖十八年麗泉堂刊本），卷 6，頁 338-339。

[12] 曾氏原文謂：「諸吐不止，大要節乳，徐徐用葯調治必安。節者撙節之義，一日但三次或五次，每以乳時，不可過飽，其吐自減。及間稀粥投之，亦能和胃解吐。屢見不明此理，惟欲進葯以求速效。動輒斷乳二、三日，致餒甚而胃虛，啼聲不已，反激他證。蓋人以食為命，孩非乳不治，豈容全斷其乳。」見元，曾世榮，〈諸吐〉，《活幼口議》（北京：中國書店，1985），頁 26a-26b。

[13] 薛鎧，〈嘔、吐乳〉，《保嬰全書》（台北：新文豐出版公司，1978，影印據明崇禎沈猶龍閩中刊本），卷 6，頁 662-665。吳謙等，《醫學金鑑》、《幼科雜病心法要訣》亦以「乳食過飽」及「過食傷胃」為「傷乳吐」和「傷食吐」之主要因。見吳謙等，《醫學金鑑》、《幼科雜病心法要訣》（台北：新文豐出版公司，1981），卷 52，頁 85-86。

[14] 王肯堂對「傷吐乳」的描述是：「乳下嬰兒，乳哺太過。或兒睡著，而更銜乳，豈有厭足。以致脾不能運，胃不能受，滿而溢，故令嘔吐。」見《古今圖書集成》，〈醫部〉，卷 435，頁 4826。

[15] 其實錢乙及宋代的幼醫對用葯方面已較隋唐時期的醫者自覺得多，亦趨於謹慎保守，但在吐乳一證的處理上，仍可見中古及以前醫者用葯峻利及多用下法之遺跡。見錢乙，〈吐乳〉，《小兒葯症直訣》（台北：力行書局，影印，無年代，據光緒 17 年刊本），卷上，頁 22。

消積化食之功能較弱，可考慮投以助脾胃、加強消化之葯方[16]。少數論者亦嘗論及吐乳若伴有其他症象，可能代表嬰兒有其他臟器或健康上的毛病，吐乳僅爲部份表徵[17]。但即便包括這種種考慮，一般而言，近世醫者論中的嬰兒吐乳仍多爲一偶發性現象，其所伴有之輕微不適，絕大多數應歸入一種非病態之類，甚或竟完全是嬰兒生理自然狀態之一部份，無庸憂慮，不須投葯，也可能並無任何不適。此大致之理念，與現今兒科醫學對嬰兒吐乳之態度頗有雷同之處[18]。均欲將嬰兒之吐乳與兒童期以後所出現之嘔吐問題二分，不以爲可因吐之表象相似而混爲一談。至於過去嬰兒口角常有微滲溢乳的所謂「哯乳」，近有若干西醫化之中醫或其他學者指其即爲現代兒科中所稱乳嬰「反芻(regurgitation)」現象[19]。此論目前證據似尚不足，應暫作保留。

（二）嘔吐：

現在兒科醫學與傳統中國幼醫都以爲幼兒期常見的嘔吐問題，大抵與嬰兒期的吐乳現象，分屬二類不同的健康上的問題，不應混爲一談。但是作此粗分之後，仍不免發現能引起幼兒嘔吐的原因實在很多，在診斷，辨識和治療上都令人相當棘手。最初，當幼科尚未分出，醫界整體對嘔吐——不論成人或兒童，但主要談的是成人——這個問題曾有一些摸索和討論，這些摸索與討論，在宋代幼科出現以後，仍是幼醫衡量思索小兒嘔吐問題時的重要參考。

及至隋唐爲止，中醫對嘔吐的看法，都關係在幾個重要的因素上面，即「冷熱不調」、「飲食不節」和「氣逆」。巢元方在《諸病源候論》中對「霍

[16] 如《小兒衛生》，論吐逆及傷食吐乳，均嘗作「虛者以穩葯磨化，後調其氣」，「虛者以緩化滯葯，漸磨化之」等語。見《古今圖書集成》，〈醫部〉，卷 435 ，頁 4827-4829 。明代幼醫萬全亦以爲小兒「哯乳者，胃病虛也，宜補之。」見萬全，〈嘔吐〉，《幼科發揮》，卷 1 ，頁 69 。

[17] 《小兒衛生》曾謂：「比瀉有兼臟證者，兼腦則睡露睛喘氣。兼心則驚悸飲水。兼脾則困倦饒睡。兼肝則呵欠煩悶，兼腎則不語畏明。」《古今圖書集成》，〈醫部〉，卷 435 ，頁 4829 。

[18] 現代兒科醫學以爲半歲前之嬰兒常有吐乳現象，多半非涉病態。有許多與其消化道在生理發育上之不完全成熟，及自律神經之控制機能未發展完全有關。參見 Victor C. Vaughan, R. James Mckay, Waldo E. Nelson eds, *Text Books of Pediatrics*, pp. 178, 373 。

[19] 如郭迪主編，《中國醫學百科全書兒科學》（上海：科技出版社， 1988 ），頁 172 。

亂嘔吐條」、「嘔吐逆候」及「吐利候」中的討論，很可以作為代表[20]。孫思邈的《備急千金要方》[21]及王燾的《外台秘要》[22]中論嘔和嘔吐，仍將之與「逆」並提。這些強調嘔吐與逆或氣逆的說法，在後來近世醫論中始終未衰。金元時期張從正之談嘔吐而言氣逆[23]，宋代嚴用和之談嘔吐而言脾胃受傷，胃病而脾氣滯[24]。楊士瀛談嘔吐而以之「出於胃氣之不和」[25]，初均衍自中古的氣逆之說。中古醫論繼《內經》及《傷寒論》之後。而論嘔吐，對其可能病原及症狀有進一步之觀察與闡述，病原方面對所謂「脾胃虛弱」等消化機能發生的障礙，與所謂「受於風邪」等外在感染所造成的毛病，看法上已大致二分。症狀上，則一方面更仔細地在辨識分別種種不同情況下的嘔吐，二方面也注意紀錄伴隨嘔吐而來的其他生理身體上的異常現象，而試解其含義。

這些摸索，直到宋代仍然方興而未艾，陳言《三因極一病證方論》中的「嘔吐敘論」一篇的內容頗能代表此種惑而未決，多所商榷的狀態。[26]至少，當時醫界嘔吐之論，漸漸歸納出一個看法，以為能引起嘔吐這類現象的原因其實很多，既然「所因亦多端」、「未為盡論」，因而進一步遂推斷，嘔吐所代表的，其實多半是一類「症狀」，而不是某種特定的「疾病」。也就是

[20] 巢元方，《諸病源候論》，（四庫本，台北：商務印書館，1983），卷 22，頁 2；卷 47，頁 3、4。

[21] 孫思邈，〈嘔吐噦逆第五〉，《備急千金要方》（北京：華夏出版社，1993），卷 16，頁 230-232。

[22] 王燾，〈嘔逆吐方八道〉，《外台秘要》（台北：新文豐出版公司，1987），卷 6，頁 40a-43b。始云：「病源，嘔吐者，皆由脾胃虛弱，受於風邪所為也。若風邪在胃則嘔，膈兼有停飲，胃內有久寒，則嘔而吐。」

[23] 張從正，〈嘔吐〉，《金匱鉤玄》（四庫本，台北：商務印書館，1983），卷 1，頁 32。

[24] 嚴用和，〈嘔吐〉，《濟生方》（四庫本，台北：商務印書館，1983），卷 2，頁 14-15。

[25] 楊士瀛，〈嘔吐〉，《仁齋直指》（四庫本，台北：商務印書館，1983），卷 7，頁 22-23。

[26] 全篇謂：「嘔吐雖本於胃，然所因亦多端，故有寒熱、飲食、血氣之不同，皆使人嘔吐。據論云寒氣上者，憂氣在下，二氣並爭，便出不入。此亦一塗，未為盡論。且如氣，內因則有七積不同，寒涉，外因則六淫分異，皆作嘔逆。但鬱於胃則嘔，豈拘於憂氣而已。況有宿食，清不消中，滿溢出，五飲聚結，隨氣翻吐，痼冷積熱，及瘀血凝閉。更有三焦、漏氣、走哺、吐利、泄血，皆有此證，不可不詳辨也。」見陳言，〈嘔吐敘論〉，《三因極一病證方論》（四庫本，台北：商務印書館，1983），卷 11，頁 11。

說許許多多不同的疾病，「皆有此證」，在病程中都可能會有出現嘔吐症狀的時候。

諸般推敲討論，到了十五世紀中左右，綜而歸於對嘔吐及其相關症狀「發生時的聲音」和「吐出物」二個焦點。明代方賢的《奇效良方》，用嘔、吐、噦三個不同的字眼，分別指認三種不同的情況[27]，以「有聲有物」者爲「嘔」，「有物無聲」者爲「吐」（包括「食入則吐」、「食已則吐」和「食久則吐」等），而「有聲無物」者爲「噦」。專篇析論之外，更別立專門，以彰顯其意義[28]。此種以作嘔聲與吐出物之有無，作爲不同種嘔吐問題的辨識指標，對十六世紀以後幼科之論吐者，頗有影響。徐春甫以「嘔者有聲也，吐者吐出乳食者。」說明他對嘔吐的基本認識[29]。循此方向的辨認方法，在明清時期的幼科醫學曾盛一時。唯諸醫論對聲物有物代表何症，或者嘔、吐、噦及嘔吐等各種病症名各應帶有如何之聲音與吐出物，則看法並不完全一致。明代秦景明的《幼科金鍼》中，論「嘔吐」，以「有聲無物謂之嘔，有物無聲謂之吐，聲物俱有謂之嘔吐。」[30]與方賢《奇效良方》中的說法相較，即有歧異。一是秦氏如今將有聲無物之吐稱之爲「嘔」，而不再稱「噦」（噦一用語在秦氏的分類中已消失不見）。二是對「嘔」症之定義由「有聲有物」，變成了「有聲無物」。三是聲物兼具之症，由原來的的「嘔」，變成了「嘔吐」。類似的差異，復因明清幼籍間傳抄相襲相當普遍，而散見各處。此等分歧的說法，有些代表醫者對問題之實質確有不同的主張，但也有不少始於以訛傳訛所衍生的錯亂。無論如何，一個值得注意的事實是，定名之涵義及症象之稱呼容或有異，但他們對嘔吐類毛病之觀察始終未變，所注意到的嘔吐，仍主要是「有聲無物」、「有物無聲」和「有聲有物」三種。而吳謙等編寫的《醫宗金鑒》、《幼科雜病心法要訣》中，「辨嘔吐噦證」一篇中，竟復持明初幼醫之看法，其所表示的觀點，與《奇效良方》此方面的內容幾乎一般

[27] 嘔、吐、噦三個名詞早已存在，且被用於對嘔吐及相關病症之討論。唐代王燾的《外台秘要》中即有一篇〈雜療嘔、吐、噦方〉（見《外台秘要》，頁 479-489）。但作如此清楚之界定與分劃，則是十五世紀以後的事。

[28] 方賢，〈嘔吐噦方〉，《奇效良方》（台北：新文豐出版公司，1989），卷 19，頁 1b-2a。

[29] 徐春甫，〈嘔吐〉，《古今醫統》，見《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4822。

[30] 秦景明，〈嘔吐〉，《幼科金鍼》（台北：新文豐出版公司，1977），卷上，頁 64。

無二，以：

　　有物無聲謂之嘔，有物無聲吐證名，
　　無物有聲爲噦證，分別醫治中病情。[31]

恢復了「噦」症之名，對「嘔」和「吐」的定義也採納了如《奇效良方》所持之看法。

綜而言之，由隋唐而明清，傳統中國醫者對小兒嘔吐的問題確實經過不少反覆討論，其間對嘔吐之類的現象所代表的身體健康上的變化（嘔或吐、噦、嘔吐等等到底是意味著傷食，外感風邪，氣喘，或者其他的毛病），作過種種推敲。嘔吐發生時的現象（作不作聲音，有沒有食物吐出），發生的方式（是頓出、漸出、[32]或溢出），發生的時間（隨食隨吐，食入即吐，或食入一段時間，半天、一天後才吐），其吐出物（是液狀的乳汁，半凝的乳塊、乳食，或已有酸味的食物和殘渣），及嘔吐時所伴有的其他身體異狀（臉色、體溫、腹痛、出汗、下瀉、體力等），都是醫論中注意的重點。被視爲不同的訊息，而加以研判。無論如何，近世多半的幼科醫者，傾向視嘔吐及其相類現象，爲某種健康上的毛病，應尋求某種治療。不像前所述之嬰兒吐乳問題，多半是屬非病態的現象，爲暫時輕微的不適，可因哺養照顧方式之修正，些許飲食藥物上的調養，即予消除。不過，多半近世醫者認爲小兒的嘔吐不是某一固定疾病，而可能是兒童健康上一種包括多種狀況的異常，此等症狀既確實代表小兒身體上某種之不適，需要仔細診治。但其診治之成功與否，又視當時對患者所呈現或罹患的嘔吐類症狀的瞭解與處理能力，究竟因何而起，屬於其所理解的哪一類嘔吐，蓋彼等必須能辨識嘔吐之類型與意義，才能論及其治療調整。

三、嘔吐之症及其診治

嘔吐之類的問題，在歷史時期對成人及兒童可能也是常見的毛病。但依

---

[31] 吳謙等，〈辨嘔吐噦證〉，《醫宗金鑑》，卷 52，頁 84。

[32] 如《陳氏幼科祕訣》中即指吐爲「頓出、有物無聲」，而以嘔爲「漸出，有物有聲」，見佚名，〈吐〉，《陳氏幼科祕訣》（台北：新文豐出版公司，1976），頁 11。

中國醫學一向「論證辨治」的傳統，醫者對此類問題之症狀、原因、性質之議論，始終是討論多而結論少。宋代以後一般醫籍及幼科中論之者較前尤增。此等討論初始的一個階段，包括宋金元時期，醫者及幼醫大半認爲嘔吐類現象，大抵來自於脾胃，唯一證而多因。即主要爲一胃或脾胃（近於現今瞭解的消化）方面的問題，但同一個症狀，背後可能代表許多種不同的毛病或問題。如陳言所謂「本於胃」，而「所因多端」[33]。張從正也說食不得下氣逆，寒氣鬱於胃口，胃中有痰熱等等，都可能導致嘔吐[34]。嚴用和的《濟生方》中說脾胃有傷，飲食失節、溫涼不調、風涼冷濕，甚至憂思傷感，均可發展到「令人嘔吐」的結果[35]。大致與嚴用和同時的楊士瀛，稍晚出版《仁齋直指》一書中的「嘔吐方論」，起始亦感喟：

> 嘔吐出於胃氣之不和，人所共知也。然有胃寒、有胃熱、有痰水、有宿食、有濃血、有氣改，又有所謂風邪入胃。凡是數者，可不究其所來自哉[36]？

所以到十三世紀末左右，一般醫者對嘔吐問題除強調其以胃爲主，又常有同證而異病的性質外，還大致歸納出幾個比較主要的特徵，似乎對進一步瞭解、掌握嘔吐問題，起了若干指引性的作用。這中間，種種「異物」之外，「冷熱」和「宿食不化」是最常出現的字眼。近世頗受尊崇的所謂金元四大家之一的朱震亨談幼科中之「嘔吐」，即稱：「其證有三，有寒、有熱、有食積傷。」[37]

一般醫論對嘔吐朝寒、熱、食積等方面探索其原因與性質時所持之大方向，與宋代以後萌發的幼科醫學，彼此不斷交流切磋。故自十二世紀末至十

---

[33] 陳言，〈嘔吐論〉，前引書，卷 11，頁 11。

[34] 張從正，《金匱鉤玄》，卷 1，頁 32。

[35] 原文作：「論曰夫仁受天地之中以生，莫不以胃爲主，蓋胃受水穀。脾主運化，生血生氣，以充四體者也。若脾胃無所傷，則無嘔吐之患，其或飲食失節，溫涼不調，或喜餐腥燴乳酪，或貪食生冷肥膩，露臥濕處，當風取涼，動擾於胃，胃既病矣，則脾氣停滯，清濁不分，焦爲痞塞，遂成嘔吐之患焉。然此特飲食過、傷風涼濕熱之所致者。又如憂思傷感，宿寒在胃，脘伏痰，胃受邪熱淤血停蓄，亦能令人嘔吐。」見嚴用和，〈嘔吐〉，《濟生方》，卷 2，頁 14-15。

[36] 楊士瀛，〈嘔吐〉，《仁齋直指》，卷 7，頁 22-23。

[37] 朱震亨，〈嘔吐〉，《幼科全書》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4819。

三世紀初，中國幼科醫籍中之論小兒嘔吐者，在辨識不同類型的嘔吐問題上，顯得較前有把握得多。其最常確認的幾種嘔吐，也被明顯冠以冷吐、熱吐、積吐等名。元代有名的幼科醫籍曾世榮〈活幼口議〉中談諸吐，開宗明義即言：

> 論吐之原，難以概舉。有冷吐、積吐、傷風、嗽吐、傷乳吐。其吐則同，其證有異。[38]

隨即細述各項於下文。

其後，明清重要幼醫之論嘔吐者，如寇平[39]，王鑾[40]，徐春甫[41]，朱惠明[42]，王肯堂[43]，吳謙[44]等，都依循冷、熱、積、痰、蟲等等名目，析其因，辨其症，從而論其療治。明清幼醫之援冷、熱等等觀念，實即蘊涵近世幼醫對小兒嘔吐類問題的一些根本假設，如熱吐、冷吐、積吐、或傷食吐，夾驚吐，蟲吐，嗽吐等說法，遂值得依其原名，而究其源本。

（一）熱吐

熱吐，或作熱嘔。原是一般醫論中對成人嘔吐的一種辯證方式。十二世紀末，宋代著名醫籍陳言的《三因極一方論》說熱嘔「病者，胃中挾熱，煩躁，聚結涎沫，食入即吐，名曰熱嘔」，對其病因的推斷，以：「或因胃熱

38 曾世榮，〈諸吐十三〉，《活幼口議》，卷中，頁 25a。

39 寇平，《全幼心鑑》，〈嘔吐〉一篇中，有熱吐、虛吐、、痰吐、傷乳食吐、蟲吐等討論。見《全幼心鑑》（台北，中央圖書館，善本微捲），卷 4。

40 王鑾，《幼科類萃》，〈諸吐治法〉，謂：「小兒嘔吐，難以概舉，有冷吐、熱吐、積吐、傷乳吐。」見《幼科類萃》（北京，中醫古籍出版社，1984），卷 9，頁 214。

41 徐春甫，《古今醫統》，〈嘔吐〉，以「吐乳、嘔乳，證有數般，有冷吐，有熱吐，當審辨之。」見《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4822。

42 朱惠明，《慈幼心傳》，〈吐〉，說：「蓋吐有冷吐、熱吐、積吐、傷風嗽吐、傷乳吐、氣吐也。」見《慈幼心傳》（台北，中央圖書館，善本微捲，明萬曆三十一年潘氏重刊本），頁 39a。

43 王肯堂，《證治準繩》〈吐〉，謂：「論吐之原，難以枚舉，有冷吐、熱吐、積吐、傷風嗽吐、傷乳吐。其吐則同，其證則異。」見《古今圖書集成》，醫部，卷 435，頁 4825。

44 吳謙等，《醫宗金鑑》、《幼科雜病心法要訣》，〈吐證總括〉，以「諸逆上衝成嘔吐，乳食傷胃或夾驚，或因痰飲或蟲擾，虛實寒熱要分明。」見《醫宗金鑑》，卷 52，頁 84。

伏暑，及傷寒伏熱，不解濕痰疸，皆熱之所爲也。」[45]所以有一種的吐，被認爲與「熱」有關，其發作時症狀，與發作背後的原因，都被歸爲與中國醫學中所謂「熱」的屬性相關。

宋元而明清，幼科醫論對「熱吐」的討論，綜觀而歸納之，大致包括對其症候、原因、診斷和治療四大問題的討論。首先，對於所謂患「熱吐」者，其臨床上所表現的證候，近世幼醫曾注意到患兒在面色、神情、溫度、吐出物、排泄狀況、嘔吐時間和嘔吐方式等方面特徵。整體而言，被指爲熱吐的小兒，有面赤、唇乾、神情煩躁、頭額溫、五心熱、帶黃疸、大便便秘、小便赤而少等症狀。醫者大抵以爲熱吐多半發生在夏秋之際、伏暑之日，而且孩子食入即吐[46]。有些醫家以爲患者的情形是多吐而少出，有的醫家則認爲他們其實是少吐而多出。這類對熱吐小兒證候的描述，在近世醫籍論嘔吐的篇章中相當普遍。其論述有繁有簡。曾世榮、寇平、朱惠明等的陳述，可爲代表。曾世榮《活幼口議》中說：

> 熱吐，面赤唇紅，吐次少而出多，乳片消而色黃。遍體熱甚。[47]

寇平的《全幼心鑑》說：

> 熱吐，即似驚吐，有黃涎，夾乳食，乳成片，頭額溫，五心熱，小便赤少。或乾嘔噦無物。夏秋間多有此證。[48]

朱惠明的《慈幼心傳》說：

> 熱吐者，……其候煩躁熱渴，面赤唇紅。便秘溺赤，吐次少而出多。[49]

這些描述，用語固有差異，但實質的內容，大同而小異。可說代表了近世幼醫對小兒熱吐一症其證候認定上的主流看法。此時期其他著名的幼醫著作，如王鑾的《幼科類萃》[50]，萬全的《育嬰祕訣》[51]，徐春甫的《古今醫統》[52]，

---

[45] 陳言，〈熱嘔證治〉，《三因極一方論》，卷 11，頁 12-13。

[46] 宋代陳言即謂熱吐患者「食入即吐」，直到清代吳謙等編《醫宗金鑑》，仍再申熱吐小兒、食入即吐之證。見陳言，〈熱嘔證治〉《，三因極一方論》，卷 11，頁 12-13。吳謙等，《醫宗金鑑》、《幼科雜病心法要訣》，卷 52，頁 90-91。

[47] 曾世榮，〈諸吐十三〉，《活幼口議》，卷中，頁 25a。

[48] 寇平，〈嘔吐〉，《全幼心鑑》，卷 4。

[49] 朱惠明，〈吐〉，《慈幼心傳》，頁 39。

[50] 王鑾謂：「熱吐者，面赤唇紅，吐次少而出多。乳片消而色黃，遍體熱甚。」見王鑾，〈諸吐治法〉，《幼科類萃》，卷 9，頁 215。

王肯堂的《證治準繩》（幼科準繩）[53]等，其中對熱吐證候的討論，大體與前數種內容相當類似。

不過，對於小兒熱吐的證候，近世幼醫也不是完全沒有異議。最明顯的一項，像朱震亨認為其患者「吐時多而出物少」[54]。寇平也說，彼等常「乾嘔噦無物」[55]。但是王鑾[56]、萬全[57]、朱惠明[58]等卻都持相反之意見，都認為患兒其實是「吐次少而多出。」

此外，有些幼醫專家注意到證候方面一些更細節的分辨。譬如說魯伯嗣就表示，一般常提及的小兒熱吐之各種症狀，可能不一定同時全出現在同一個病例的身上。談到「小兒秋夏伏暑多有熱吐，何以別之？」他說：「或有黃涎，頭額溫，五心熱，小便赤而少。或唇乾而煩渴。[59]」暗示有口涎發溫少溺的患者，與唇乾煩渴的患者，或應分屬兩類。薛鎧則對小兒熱吐者，又因其肌肉之動，神情之異，吐出物之不同，腹痛與否等等，把患者又作了「暑傷胃氣」，「胃內有熱」，「乳食內停」，「胃氣弱」，「脾氣虛」等五種不同的分類[60]。尤值得一提的是，十五世紀末到十八世紀中之間，幼醫中頗有將「熱吐」一項視為小兒特別的健康問題，而為獨立之專篇討論者，魯伯嗣、

---

[51] 萬全的說法與王鑾幾乎完全一致。以「熱吐者，面赤唇紅，吐次少而多出，乳片消而色黃，遍體熱甚而煩躁。夏月多此證。」見萬全，〈嘔吐〉，《育嬰祕訣》，於《萬密齋兒科全書》，下編，頁 92。

[52] 徐春甫謂：「熱吐則頭額溫。或有黃涎，五心熱，小便赤少。或唇乾而煩渴。」見徐春甫，〈嘔吐〉，《古今醫統》，〈嘔吐〉，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4822。

[53] 王肯堂說：「小兒秋夏伏暑，多有熱吐。其吐黃涎，頭額溫，五心熱，小便成赤而少。乃熱吐也。或乾嘔無物。」見王肯堂，〈熱吐〉，《證治準繩》，《古今圖書集成》，醫部，卷 435，頁 4825。

[54] 朱震亨，〈嘔吐〉，《幼科全書》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4819。

[55] 寇平，〈嘔吐〉，《全幼心鑑》，卷 4。

[56] 王鑾，〈諸吐治法〉，《幼科類萃》，卷 9，頁 215。

[57] 萬全，〈嘔吐〉，《育嬰祕訣》，見《萬密齋兒科全書》，下編，頁 92。

[58] 朱惠明，〈吐〉，《慈幼心傳》，頁 39。

[59] 魯伯嗣，〈熱吐〉《嬰童百問》，卷 7，頁 347。

[60] 原文謂：「若肌肉瞤動，煩熱作渴者，暑傷胃氣也。先用香薷飲，次用竹茹湯。若吐乳色黃，不能受納者，胃經有熱也。先用瀉黃散，次用人參安胃散。若吐出酸穢者，乳食內停也，用保和丸。吐乳不消者，胃氣弱也，用異功散。吐而少食，腹痛欲按者，脾氣虛也，用六君子加木香。」見薛鎧，〈熱吐〉，《保嬰全書》，卷 7，頁 681-682。

薛鎧、王肯堂[61]、吳謙[62]可爲代表。蓋這段時期，實亦爲幼醫對小兒嘔吐問題關心最切而討論最多的時候。前述魯、薛二氏進一步作精細之論，即在此背景下發生。幼科醫論豐富與專精鑽研等現象之出現，是否部份亦反映了小兒罹患此健康問題之興盛時期，值得再作進一步考察。

關於可能造成小兒發生熱吐的原因，宋代以來的幼科醫論中亦有不少討論。綜歸而言之，醫者對熱吐原因之探究，分屬三個方向，一者指向夏秋伏暑，節氣和氣候對小兒身體所造成的不正常影響。二者小兒自身飲食活動亦可能導致。三是乳母等餵養人不當之方式所造成。其實最常見的，是許多近世幼醫在解釋小兒熱吐的原因或背景時，將三類因素攪混一起，和盤而托出。像曾世榮說熱吐：「或因暑氣在胃，或食熱物，精神不慢，而多煩躁。[63]」提到了暑氣和食物的因素，但未細言暑氣如何入胃，或者食熱物的是不是只限於小兒本人。寇平的《全幼心鑑》中則引一鄭氏之言，稱：「熱吐者，夏間多有，小兒日中遊戲，伏暑熱毒。乳母出外，感冒暑氣，承熱便乳，乳兒多成熱吐。」[64]進一步點明，他以爲夏日伏暑與小兒患熱吐之間的關連，在於熱天小兒外出活動中暑而致[65]。至於飲食所致，作者此處只發揮了乳母承受暑熱乳兒而成。未及小兒本身食入熱物的問題。朱惠明的說法，重點有略有不同。《慈幼心傳》中論小兒熱吐的原因說：「熱吐者，因兒夏月感暑，熱在胃。或過食炙煿，胃經積熱所致。」[66]將受暑熱，或攝熱食的責任，都集中於患者小兒之身[67]。與前所舉三例相較，薛鎧的討論顯然最爲完備。他說：「小兒熱吐者，因多食甘甜炙煿之物，或乳母膏粱厚味，胃經積熱。或夏間暑氣內伏

---

[61] 王肯堂的看法與薛鎧幾乎一致，見他作〈熱吐〉，《證治準繩》，《古今圖書集成》，醫部，卷 435 ，頁 4825-4826 。

[62] 吳謙，《醫宗金鑑》、《幼科雜病心法要訣》，〈熱吐〉篇全文謂：「食入即吐因胃熱，口渴飲冷吐酸涎；身熱唇紅小便赤，加味溫膽湯渴痊。」見《醫宗金鑑》、《幼科雜病心法要訣》，卷 52 ，頁 90-91 。

[63] 曾世榮，〈諸吐十三〉，《活幼口議》，卷中，頁 25a 。

[64] 寇平，〈嘔吐〉，《全幼心鑑》，卷 4 。

[65] 寇平的原文中，確實用「中暑之證」，以申此義。同上註。

[66] 朱惠明，〈吐〉，《慈幼心傳》，頁 39 。

[67] 同書對乳母與小兒吐的關連，只有在論「傷乳吐」時成立。同上註，頁 40 。

於胃所致。」[68]說小兒乳母過攝熱食（炙煿物外，甘甜、膏粱厚味都在內），均可致小兒熱吐。談伏暑致吐，只指小兒，而不及乳母中暑可能引起小兒熱吐之說。

前述諸例，是較具代表性的例子。其實近世幼醫論及熱吐之現象者，莫不對其致因作若干說明，其間繁簡清致，各有不同。唯略究其詳，即見其東喙西言，一如上例所示，雖各有主張，但摸索、臆測與傳襲的成份居多，而確知的結論尙少。最主要的關鍵，在於熱乳的「熱」，究竟何義？應作何解？是天候？體溫？吐出物？熱毒？或中醫所泛指的「熱性」？質之諸論，結果是各個因素都有，卻也都模糊混雜，未作精深定義、探測、或檢查。至於夏日受熱，小兒或乳母感暑氣攝熱食，到底算是一種中醫所說得外感或者內邪，也沒有清楚的陳述。視其論述，多半之講說似較近於外感，但中暑氣及攝熱食的過程，及其最終所引起小兒體內之異變而致嘔吐，似乎亦包含有若干內蘊與蓄發性質。無論如何，對起居活動攝食攝生不當所引起小兒的「熱吐」，既便有隱約指向「外感」受邪所致，此外感與天候、食物、氣溫的關係，還是相當模糊而約略，更當然沒有什麼傳染，或媒介物的概念在內。

小兒熱吐，除論其證候，推其原因之外，實際的診治當然也是當時醫者不得不關心的重點。在熱吐的診斷方面，各醫家主張之診視辦法，主要仍在依前述之證候，作患者之辨識。用觀察徵詢，來斟酌看出現有嘔吐現象的小兒，在其面色、神情、吐出物、排泄、嘔吐之時間、方式、情況等等，是不是符合一般辨證上所謂的熱吐的證候，以判斷該患者之嘔吐是否應屬於熱吐一類。因而近世論熱吐的重要醫家，如曾世榮、魯伯嗣、寇平、王鑾、萬全、王肯堂等，在詳述熱吐證候之外，並未特別發揮其臨床診斷之辦法。少數近世幼醫，倒是對一般的望診、問診之外，還提到一些他們以爲可能具有關鍵性意義的診斷手法。如龔信論嘔吐，認爲飲食之所以入胃而復逆出，「或爲寒氣所中，或爲暑氣所干，或爲飲食所傷，或氣結而痰聚，」等等，許多不同原因都可能造成同一症向。醫者診治之時，「當以脈辨之」。「中寒則脈沉緊，四肢厥冷，飲食不下，當以溫暖之葯調之。挾暑則脈弦數而虛，煩熱

[68] 薛鎧，〈熱吐〉，《保嬰全書》，卷 7，頁 681。

躁渴，法當清涼之。」[69]即主張一般證候之外，特別用患者脈象之異，來斷定挾暑熱吐的患者。薛鎧是另一位對診視小兒熱吐之法有獨特見解的著名幼醫。他既以爲熱吐之中還有五種不同的性質，對進一步的辯證也有特別的看法。認爲：「凡諸症當驗其手指，熱則胃熱，冷則胃寒。」[70]以小兒手指之冷熱，爲辨其熱吐性質之指標。

至於熱吐之治療，醫家之論治處方，多半本於其對病因之分析，雖則時亦兼而參考其實際證候，所謂對症而下藥。彼等對熱吐之病因，既一向強調在其熱，並常及伏暑之害，以「渴涼解之」[71]，凡「解暑退熱，止嘔化痰」[72]，及一般的「清熱止吐」之方[73]，遂爲引導熱吐之治的主要理念。就處方而言，小柴胡湯[74]、二陳湯[75]、五苓散[76]、六一散[77]、香薷散[78]等，都是常用的藥方。此外，熱之實際療治，或許還有幾個值得點出的事實，一是普遍以薑入藥[79]。不論是生姜湯，以薑爲主藥，以薑汁伴隨送服他藥，或在用藥之外，用薑爲額外之輔助，緩緩送服。總之，所有論熱吐之治者，幾乎無不倚薑爲治療中重要的成份。薑在中藥中一向被視爲有止吐鎮胃功用，此亦不限於對熱吐一項。而豬膽汁與童便相混，也是醫家常有的止吐神劑[80]。二是不少醫家面對嬰兒熱吐之症時，主張乳母與乳嬰同治，如徐春甫謂乳母當服香薷散、五苓散，

---

[69] 龔信，〈嘔吐〉，《古今醫鑑》（北京：商務印書館，1989），卷 5，頁 138。

[70] 隨即並稱：「熱用瀉黃散，寒用理中湯，不熱不寒，異功散調之。」見薛鎧，〈熱吐〉，《保嬰全書》，卷 7，頁 682。

[71] 楊士瀛，〈嘔吐〉，《仁齋直指》，卷 7，頁 23。

[72] 寇平，〈嘔吐〉，《全幼心鑑》，卷 4。

[73] 朱惠明，〈吐〉，《慈幼心傳》，頁 39。

[74] 曾世榮，〈諸吐十三〉，《活幼口議》，卷中，頁 25。

[75] 朱震亨，〈嘔吐〉，《幼科全書》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4819。

[76] 曾世榮，〈諸吐十三〉，《活幼口議》，卷中，頁 25。王鑾，〈諸吐治法〉，《幼科類萃》，卷 9，頁 215。

[77] 萬全，〈嘔吐〉，《幼科發揮》，卷 3，頁 66。

[78] 如曾世榮，〈諸吐十三〉，《活幼口議》，卷中，頁 25；朱震亨，〈嘔吐〉，《幼科全書》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4819；萬全，〈嘔吐〉，《幼科發揮》，卷 3，頁 66；等均主用薑入藥以助止嘔。

[79] 萬全，〈嘔吐〉，《幼科發揮》，卷 3，頁 67。

[80] 萬全，〈嘔吐〉，《幼科發揮》，卷 3，頁 67。

而兒用香薷湯、五苓湯[81]。此處乳母與嬰兒用藥內容其實相同，只是予藥之形式或有散劑與湯藥之別。其他醫家，有時予乳母與嬰兒以不同之藥劑者。無論如何，中醫在遇乳下嬰兒有疾時，一向常用母子兼治之手法，一方面調治其母，以絕部份病源，並使藥材經乳汁而送傳兒身。一方面另以他方治小兒，兩者並用，以收兼治之效。醫者治吐乳等乳哺中嬰幼兒病幾全如此，遇嬰幼兒熱吐之處理，亦不例外。三是小兒熱吐之治療，宋代以來醫家之看法用方略異而大體方針相似。不過對每一個發病的幼兒，用心的醫家仍會仔細端詳，揣摩其病因，發病實際的情況，然後才斟酌用藥。在疾病發展的過程中，也常一再觀察其變化，修改治療方針，重新下方用藥。此治療與用藥上高度個別化與精細化的特性，本是中醫論治用藥上的特色，與世界上其他民族的醫療傳統不同。宋代以來幼醫治療熱吐的紀錄上亦忠實地反映了此一傳統。薛鎧的熱吐醫案中舉錄了十二個患熱吐小兒的實際案例。視其診斷及整個療程，薛氏所予處方及調養辦法，少有重覆之處，均視其個別情況，本醫論中對熱吐之基本瞭解，醫方中對治療熱吐的主要看法而定，但必須斟酌眼前案例之特殊情況，才予調治之方[82]。

（二）冷吐

冷吐，在觀念上是與熱吐相對而成立的一個項目。因而除少數例外[83]，絕大多數醫家之作小兒熱吐之論者，亦有關於冷吐之說。其論冷吐之證候，亦一如其論熱吐，注意到患兒在面色、神情、吐出物、排泄、嘔吐之時間與狀況等特徵。唯論冷吐者還常提到患兒四肢之動態、進食情況、脈象、及出汗情形。曾世榮、寇平、朱惠明等醫論中所述，代表其中之著者。曾世榮的《活幼口議》中說：

> 冷吐，乳片不消。多吐而少出。脈息沉微，面白眼慢，氣緩神昏，額

---

81 徐春甫，〈嘔吐〉，《古今醫統》，〈嘔吐〉，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4822。

82 薛鎧之醫案，在，《保嬰撮要》，見《古今圖書集成》，醫部，卷 437，頁 4845-4849。

83 如萬全、龔信有關小兒嘔吐之醫論，即不及冷吐。見《萬密齋兒科全書》，下編，頁 92-93。龔信，〈嘔吐〉，《古今醫鑑》，卷 5，頁 138。

上汗出。[84]

指出冷吐患兒所吐出的乳食均未消化，其臉色蒼白，神色倦怠，身體呈虛弱狀態，而脈搏沉微，頭上出汗。其嘔吐曾氏以爲是多吐而少出。但一如醫者對熱吐在此方面之型態表現，多有不同之見，其中多半與曾氏之見解相同[85]，但亦有如朱震亨者，持相反之見，以爲冷吐患者其實是「吐時少而出物多」[86]。

寇平《全幼心鑑》中對寒吐之證的描述是：

> 冷吐者，冬月多有。感冒風寒，由乳母感受寒氣，承寒便乳兒，冷氣入兒胃中，嘔吐。喜熱惡寒，四肢淒清。寒吐必夾清涎吐出。[87]

此處之說法，其觀念及構思，顯然將小兒冷吐之症與其熱吐之症相對而言，故其舉證，頗見兩者間匹配對舉之跡。而且寇氏此處引前人之論所作的陳述，顯現中醫中常有的證因混談之習，談病之證候，而與病因上的論斷夾述之。唯其舉出患兒有四肢淒冷，好熱惡寒，及體有清涎吐出，後爲近世幼醫所注意的重點。

朱惠明《慈幼心傳》中談冷吐，以：

> 吐出乳片不消，多吐而少出。或清涎夾乳吐出，或朝食暮吐，或暮食朝吐，面白眼慢，氣緩神疲。六脈沉微，二便清利。[88]

除一般醫者常及證候之外，指出患兒在進食前到嘔吐間常有半日之間隔，並謂其大小便之排泄，呈「清利」之狀。[89]

以此三例爲代表，可見宋代以後幼醫論冷吐證候之梗概。相互比較佐證之下，得數端一提：一是小兒熱吐之例，一如幼科或中醫其他部份所見，顯示長久以來中國的醫學的主流發展，的確有一共同傳承，歷史上稍有地位的醫者，多半對此共同的專業與技術傳承，有所學習，接觸，故其所本觀念理

---

84 曾世榮，〈諸吐十三〉，《活幼口議》，卷中，頁 25。

85 如王鑾，〈諸吐治法〉，《幼科類萃》，卷 9，頁 214-215。朱惠明，〈吐〉，《慈幼心傳》，頁 39。

86 朱震亨，〈嘔吐〉，《幼科全書》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4819。

87 寇平，〈嘔吐〉，《全幼心鑑》，卷 4。

88 朱惠明，〈吐〉，《慈幼心傳》，頁 39。

89 徐春甫，《古今醫統》對冷吐之證，有「小便清而多」之說。見《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4822。

論，所援言語、推敲，常有神似，或竟予人以不脫窠臼之感。惟若仔細比照各篇醫論中之細節，即憬然意覺，此共享共用之大傳承並非全能左右每位醫者對某一疾病和健康問題上的瞭解或判斷。即以宋代以來眾所熟識的十數位最具影響力的幼醫對小兒冷吐的討論文字爲例，核對之下，其論冷吐之證候，同中有異。大致每位醫家都在對冷吐的共同認識之上，添加上一、兩項自己獨到的看法，或強調一、兩種特別應該注意的現象。此一事實，不但足以推翻過去一般流俗以爲中醫千百年來，抄襲傳訛，實出一轍的謬見。更足以凸顯過去重要醫家其臨證與理論，交相參佐，視病與立說，二者未嘗廢一的特質。

再者，宋代以來幼醫對冷吐的看法不但有其本源，亦有其發展，而且醫家之間，亦有重要之歧異。前述對冷吐患兒究竟是多吐少出還是少吐多出，即其一例。另外，關於小兒冷吐，還有其他重要歧見。如朱震亨稱冷吐患者，「食不化，不惡食」。[90]雖不消化，但不厭惡排拒食物。但是寇平卻說虛吐者其實有「不思乳食」之現象[91]。又如陳言嘗謂冷吐患者，「食即嘔吐」[92]，以攝食後即刻發生嘔吐。但朱惠明卻以爲冷吐之小兒是「朝食暮吐，暮食朝吐」[93]，嘔吐現象發生在進食半天以後。這三個明顯的例證，尤足以示，近世幼醫間不但不全是一味抄襲，盲目依附隨從，初無己見，亦不能獨立判斷。實則傳統幼醫中，至少其上焉者不但對傳統醫說，持檢視後方斟酌接收之態度，對已有之權威立論，亦未嘗不敢提出一己之異議。

最後，此數百年間談小兒冷吐之症者，多有與所謂「寒吐」、「虛吐」及「噦逆」之毛病並論者。寒吐固冷吐之異名[94]，但彼等亦以爲「虛吐」、「噦逆」等之證候及病因，常有與冷吐之症近似及相通之處[95]，正如論熱吐者，亦

---

[90] 朱震亨，〈嘔吐〉，《幼科全書》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4819。

[91] 寇平，〈嘔吐〉，《全幼心鑑》，卷 4。

[92] 陳言，〈寒吐證治〉，前引書，卷 11，頁 11-12。

[93] 朱惠明，〈吐〉，《慈幼心傳》，頁 39。

[94] 如陳言，〈寒吐證治〉，前引書，卷 11，頁 11-12。王肯堂，〈熱吐〉，《證治準繩》，《古今圖書集成》，醫部，卷 435，頁 4825-4826。吳謙，《醫宗金鑑》、《幼科雜病心法要訣》，卷 52，頁 90-91。

[95] 如魯伯嗣，〈寒冷嘔吐噦逆吐〉，前引書，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4821。薛鎧，〈寒吐噦逆〉，《保嬰全書》，卷 7，頁 6 95-700。吳謙，〈虛吐〉，《醫宗金

常兼作「實吐」之言[96]。但冷吐是否即爲虛吐，噦逆，或應包括後者，熱吐是否即爲包括實吐，並不能因此並舉而即作一輕率歸併。

冷吐之病因，涵括面最廣的，是曾世榮所提：「風寒入胃，或食生冷，或傷宿乳，胃虛不納而出。」[97]將受風寒，食生冷，乳母予以冷乳，乃小兒自身胃虛不納等因素，均囊括在內。此後近世幼醫之論，如朱惠明等，亦有作如是之說者[98]。或單舉其中「胃氣受寒」[99]，「小兒感受風冷，或食生冷瓜果過多，胃口停寒」[100]，「乳母當風取涼，解脫，致令風冷之氣入乳，令乳變敗，兒飲之，則冷氣入胃。」[101]強調某一、二方面因素之作用。此外，陳言獨言傷食及爲藥餌所傷（尤其是汗下之藥），亦可能造成冷吐。[102]異於一般談冷吐者，而往種種身體所受傷害尋根探源，以身體受食物、藥物挫傷爲另一方面之原由，值得注意。

冷吐之療治，各醫家亦多依其對病因之瞭解，對證開方。彼等既已爲冷吐多因受寒而致，以溫去寒是多數醫家用藥之要領所在。楊士瀛稱：「法當以剛壯溫之。」[103]曾世榮謂：「宜溫胃、去風、除宿冷。」[104]寇平主用丁香圓，藿香正氣散，四君子湯等「溫中藥服」[105]。朱惠明談「治法，溫胃和中，除宿冷之劑」[106]，論治之意，大抵相同。醫家用藥調治之時，薑、棗等素以爲具溫中之效者，頻頻可見[107]。以爲飲乳母宿乳受寒致吐者，亦重提捏去宿

鑑》、《幼科雜病心法要訣》，卷 52，頁 89。

96 吳謙，〈實吐〉，《醫宗金鑑》、《幼科雜病心法要訣》，卷 52，頁 89-90。

97 曾世榮，〈諸吐〉，《活幼口議》，卷中，頁 25。

98 朱惠明，〈吐〉，《慈幼心傳》，頁 39。

99 朱震亨，〈嘔吐〉，《幼科全書》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4819。

100 魯伯嗣，〈寒冷嘔吐噦逆吐〉，前引書，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4821。

101 徐春甫，〈嘔吐〉，《古今醫統》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4822。

102 陳言，〈寒吐證治〉，前引書，卷 11，頁 11-12。

103 楊士瀛，〈嘔吐方論〉，《仁齋直指》，卷 7，頁 23。

104 曾世榮，〈諸吐〉，《活幼口議》，卷中，頁 25。王鑾論治法同此。而指理布湯、定吐飲、參香飲等之用。王鑾，〈諸吐治法〉，《幼科類萃》，卷 9，頁 214-215。

105 寇平，〈嘔吐〉，《全幼心鑑》，卷 4。

106 朱惠明，〈吐〉，《慈幼心傳》，頁 39。

107 如朱震亨之用「煨薑湯」，寇平用四君子湯而以薑、棗同煎。朱震亨，〈嘔吐〉，《幼科全書》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4819。寇平，〈嘔吐〉，《全幼心鑑》，卷 4。

乳爲必要手段[108]。不過，面對實際案例，著名幼醫仔細研判，個別處方的治驗手法仍歷歷可見。薛鎧留下的七個相關案例的治療變化過程，可爲佐證。[109]

（三）積吐

積吐，或作食吐、食嘔、積滯吐、傷食吐，其所強調的重點，在以爲小兒之所以發生嘔吐，肇因於過食，或積食而不化之故。其實，近世幼醫一向以宿積不化爲小兒嘔吐最主要的共通背景，著名幼醫如萬全者，甚至以爲：

> 小兒嘔吐，多因乳食之傷得之。非若大人有寒有熱。[110]

又謂：

> 幼科云：小兒嘔吐大概難舉，有寒有熱，有食積。然寒吐熱吐，未有不因於食積者。[111]

認爲乳食不化是一切小兒嘔吐問題背後的根源。

或者正因爲積吐是一項中國醫者注意已久的問題，故有關小兒積吐證候之分析，反以較早期宋元醫家，如陳言、曾世榮、朱震亨等所論較精。陳言有「食嘔證治」一篇，描述：

> 病者胸腹脹悶，四肢厥冷。惡聞食臭，入則嘔。朝食暮吐，暮食朝吐，名曰食嘔。[112]

此處言患者胸腹脹，四肢冷，惡食，入則嘔，均是症候重點所在。

曾世榮談積吐之症，則曰其：

> 眼胞浮，面微黃，足冷肚熱，晝輕夜重。兒大者脈沉緩。……吐黃酸水，或有清痰，脈實而滑。……吐酸餿氣，或宿食併出。[113]

曾氏所言眼泡、面色、足與肚之溫度、脈象、吐出之食物與氣息、宿食、晝

---

108 徐春甫，〈嘔吐〉，《古今醫統》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4822。
109 薛鎧，〈寒吐噦逆〉，《保嬰全書》，卷 7，頁 697-700。
110 萬全，〈嘔吐〉，《幼科發揮》，見《萬密齋兒科全書》，下編，頁 9。
111 萬全，〈嘔吐〉，《育嬰祕訣》，見《萬密齋兒科全書》，下編，頁 91。
112 陳言，〈食嘔證治〉，前引書，卷 11，頁 14。
113 曾世榮，〈諸吐〉，《活幼口議》，卷中，頁 25。

夜分別等等特徵，後爲不少明清醫家全盤採納[114]。

朱震亨論幼兒食積吐最爲詳盡，而具特色。彼以爲：

> 凡食積吐者，要分三焦明白。俱能食。如食時即吐者，此積在上焦胃口也。……
>
> 如食下一、二時而吐者，此積在中焦胃下口過小腸上口處也。……
>
> 如早食晚吐，晚食早吐者，此食在下焦小腸口下過大腸口上處也。……[115]

以嘔吐發生於攝食後之時間久暫，分稱其食積發生於胃腸三焦之何段落，並從而分別論治。

朱氏以後，近世幼醫對積吐證候有新見者不多[116]。有些名醫家甚至全然付之闕如[117]。唯朱惠明的《慈幼心傳》中特別提到積吐患兒會有「發熱」現象[118]。夏鼎的《幼科鐵鏡》謂小兒積滯在胃，傷食，發吐者。「搖兒之頭，便噯氣」[119]。爲積吐患兒又添上體溫，與噯氣二項證候。

關於積吐之所以發生的原因，宋代以後醫者之見解亦大抵相類。陳言謂：「飲食傷脾，宿食不化」[120]。曾世榮稱：「宿冷滯脾」，「爲食積所傷」[121]到朱惠明言：「兒內傷飲食，生冷停至於胃而吐出穢臭或醋酸氣。」[122]夏鼎說：「飲食過飽積滯在胃，復爲傷食。」[123]其實一貫所強調的，都在「食傷」

---

114 王鑾、萬全、王肯堂等對積吐或食積吐證候的論斷，字句與曾氏幾全一致。見王鑾，〈諸吐治法〉，《幼科類萃》，卷 9，頁 215。萬全，〈嘔吐〉，《育嬰祕訣》，《萬密齋兒科全書》，下編，頁 92 。王肯堂，〈熱吐〉，《證治準繩》，《古今圖書集成》，醫部，卷 435 ，頁 4825 。

115 朱震亨，〈嘔吐〉，《幼科全書》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434 ，頁 4819 。

116 重要幼醫如寇平者對傷乳食吐及傷食吐的描述即非常簡單。見其〈嘔吐〉，《全幼心鑑》，卷 4 。

117 如徐春甫及龔信對嘔吐方面之討論即全不及積吐之論。見徐春甫，〈嘔吐〉，《古今醫統》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434 ，頁 4822 。龔信，〈嘔吐〉，《古今醫鑑》，卷 5 ，頁 138 。

118 朱惠明，〈吐〉，《慈幼心傳》，頁 39 。

119 夏鼎，〈吐〉，《幼科鐵鏡》（北京：中國書店， 1989 ），卷 4 ，頁 9 。

120 陳言，〈食嘔證治〉，前引書，卷 11 ，頁 14-15 。

121 曾世榮，〈諸吐〉，《活幼口議》，卷中，頁 25 。

122 朱惠明，〈吐〉，《慈幼心傳》，頁 39 。

123 夏鼎，〈吐〉，《幼科鐵鏡》，卷 4 ，頁 9 。

（不論傷胃或傷脾）。和「宿積」（不論是過飽不化或生冷停滯）二個關鍵點上。而兩個關鍵點的交集，仍在飲食對消化所造成的不當負荷（可能是生冷難化，可能是過食不及化，也可能是脾胃弱而不能化）。此等負荷達到相當程度，或遭遇某種狀況，就可能招致小兒嘔吐。

談論小兒類似積吐症的原因和背景中，略值一提的一個異數，是宋代楊士瀛所談的「宿食證」。此宿食證依楊氏之言，會使患者「胸腹脹滿，醋悶吞酸」，證候與一般所謂積吐頗爲近似，楊氏亦提到「與之消食去積輩」等處理。但依他之見，該症之本源，在「膿血之聚」屬於「嘔家有癰膿」，「不須治，膿盡自盡。」[124]楊氏此說，未見其他醫家採納或議論，但可示醫者對如積吐症之病源病因的看法，大同中仍不妨小異之存在。或者問題迥異，然證候相近者，亦嘗爲聯想臆測，以爲共同之推敲，此類之揣摩活動，是中醫傳承中生生不息，波瀾不斷的生命力的最清楚佐證。

積吐之治，化積、溫中、與養脾胃是其要旨。朱惠明所謂：「消積、和脾、止吐之劑。」[125]可概其略。陳言以養胃湯，「治飲食傷脾，宿穀不化，朝食暮吐，暮食朝吐，上氣後熱，四肢冷痺，三焦不調，反胃，虛，寒氣在下，夏氣在上，三氣並爭，但出不入，嘔不得食」者，或用治中傷「治中寒，飲食不化，吞酸哯啘，食則膨脝，脹滿嘔逆。」[126]。曾世榮謂：「先用五苓散、薑汁溫湯調之和解，次以烏犀圓主之。」[127]寇平以消積丸、消食丸對食積滯[128]。王鑾用烏犀散清解化積[129]，萬全主張「宜下，去其積乃止」，或以脾積丸主之，或用胃苓丸、煨生姜煎湯調服[130]。秦景明重消導，用香橘餅、

124 楊士瀛，〈嘔吐方論〉，《仁齋直指》，卷 7，頁 23。

125 朱惠明，〈吐〉，《慈幼心傳》，頁 39。

126 陳言，〈食嘔證治〉，前引書，卷 11，頁 14-15。

127 曾世榮，〈諸吐〉，《活幼口議》，卷中，頁 25。

128 寇平，〈嘔吐〉，《全幼心鑑》，卷 4。

129 王鑾，〈諸吐治法〉，《幼科類萃》，卷 9，頁 216。

130 其原文曰：「如食即吐者，此積在上焦胃口也，宜用淡鹽湯吞一小盅，後以鵝翎毛掃喉中，令其吐盡舊積。後以二陳湯加乾薑（煨）、神曲（炒）、麥芽（炒）、砂仁治之。如食入之時而吐者，此積在中焦，下口過小腸上口處也，先以丁香脾積丸通去舊積，後以二陳湯加消導藥治之。如早食晚吐，晚食早吐者，此積在下焦，小腸下口過大腸上口處也，先以丁香脾積丸下之，後以二陳湯加消導藥治之。」見萬全，〈嘔吐〉，《育嬰祕訣》，見《萬密齋兒科全書》，下編，頁 93。

消積散等[131]。諸項處方，方名及藥材上均可見其化解積食，培養脾胃之原則。其予藥劑，有散、有丸（或圓）、有湯、有餅，形式雖異（如曾世榮所用的烏犀圓，和寇平所用的烏犀散），內容相同。或者爲醫者之習慣，有時亦考慮服用對象之適宜。

與此後一議題相關的，是醫家因積吐患兒年齡之差異所作治療方式上的調整。如曾世榮說明以五苓散、烏犀圓等治積吐之症後，隨即指出：「最小者，投三稜散、化癖圓。」[132]此類依患兒年齡之異，而分別處方用藥的情形，他症亦見。其差別常只在藥物丸劑形式的不同，但亦有如此處之例，是治療用藥基本用意之不同。此不同之考慮，背後乃基於中國醫理以爲同一病症在不同年齡的患者身上，可能展現不同證候，發生不同作用，或根本顯示爲不同的問題。即以積吐爲例，曾氏稱唯「兒大者，脈沉緩」[133]。其他醫家亦曾表示，哯乳不化，或傷乳吐，其實只是發生在乳嬰身上的積吐或傷食吐的毛病。因年齡稍長稍幼不論造成同病異證，或同證異病，因中醫一向辨證而論治的傳統，常就導引出不同的治療方針。一如年齡之外，幼兒性別之異，在識病論症和用藥上也會出現差異，顯示此醫療文化傳統中相當特出而尚值追究的若干議題。

（四）嗽吐

小兒嘔吐，乳食入胃而復由口出，不論其性質症象如何，多半自然以爲屬消化道問題，前述熱吐、冷吐、積吐之理即如此。但早亦有醫者以爲，呼吸道方面的病變，亦可能造成嘔吐的現象。而稱之爲嗽吐，傷風嗽吐、痰吐或痰嘔。對於嗽吐，宋代醫家初論其證候時有相當不同的看法。如陳言描述「痰嘔」的描述是：

> 病者素盛今瘦。水起腸間，瀝瀝有聲。食入即嘔，食與飲並出，名曰痰嘔。[134]

注意到患者體重驟減，腸出聲，及飲食並出的現象。症象之本身，似仍在胃

---

131 秦景明，〈嘔吐〉，《幼科金鍼》，卷上，頁 64。

132 曾世榮，〈諸吐〉，《活幼口議》，卷中，頁 25。

133 同上註。

134 陳言，〈痰嘔證治〉，前引書，卷 11，頁 13。

腸，唯名之爲痰吐，或因吐而伴有痰涎之故。

曾世榮對「傷風嗽吐」的講法卻是：

> 有熱生風，有風生痰，痰結胸中，肺氣不順，連嗽不止，和痰吐出，此爲嗽吐。[135]

與前引陳言之論，皆以此種嘔吐與痰之聚結有關。唯陳言認爲其痰生於胃口，而此處則點出引起嗽吐的痰，是集結於胸肺，患者因有連嗽不止之現象，乃造成嘔吐，而痰亦一併吐出。

所以嗽吐與痰吐，似不必指的是同一個毛病。唯到十五世紀中期，近世幼醫似有將兩者混爲一談之勢。寇平《全幼心鑑》中說：「痰吐即風壅吐，咳嗽氣急或表熱。」[136]徐春甫直以「風痰吐」名之[137]，吳謙等所編的《醫宗金鑑》、《幼科要訣》則有「痰飲吐」之稱[138]，將傷風咳嗽吐時的生痰嘔吐，與乳食使胃中生痰而成的嘔吐，反混而成爲一事。

此愈說愈雜的情況，在進一步檢查諸醫對痰吐和嗽吐的病因時，方略得廓清。陳言所說的「痰吐」，乃「或因氣鬱涎結於胃口，或因酒食甜冷聚飲之所爲也。」[139]換言之，吐因痰起，而痰之生，是氣鬱和甜冷酒食二種情況所造成。不論氣鬱或酒食，其痰涎是「結於胃口」，「鬱生涎飲，聚結不散」，聚結在胃或消化道。楊士瀛的《仁齋直指》中，也有類似之論，以「七情內鬱，關隔不平，此氣攻之證。經所謂諸鬱干胃則嘔吐。」[140]嘔吐是因情鬱氣攻而成，但經由發生的部位是胃而不是肺。是今所瞭解的消化系統而不是呼吸系統。

曾世榮的說法就不同了。他講傷風嗽吐，熱生風痰，痰結胸中，影響的部位是肺而不是胃。該症患兒是因「肺氣不順，連嗽不止」，才「和痰吐出」。嗽吐因「痰壅而作」，痰壅嗽止造成的是肺虛，「故面白唇燥，乾嗽乾嘔而

[135] 曾世榮，〈諸吐〉，《活幼口議》，卷中，頁 25。
[136] 寇平，〈嘔吐〉，《全幼心鑑》，卷 4。
[137] 徐春甫，〈嘔吐〉，《古今醫統》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4822。
[138] 吳謙，〈虛吐〉，《醫宗金鑑》、《幼科雜病心法要訣》，卷 52，頁 84。
[139] 陳言，〈痰嘔證治〉，前引書，卷 11，頁 13。
[140] 楊士瀛，〈嘔吐方論〉，《仁齋直指》，卷 7，頁 23。

無痰。」[141]不論是「和痰吐出」，或「乾嗽乾嘔而無痰」，據其研判，問題的癥結在肺而不在胃。涉及呼吸而非消化。

到底是胃還是肺，宋元以後的醫家仍持兩疑之難。他們多半傾向採納痰壅咳嗽，不適發生在肺。但是亦未完全排除飲食也可能生痰，而同樣造成痰氣壅塞的現象。朱震亨、寇平等的醫論是確指此吐與咳嗽相連[142]。萬全卻說：

> 嗽吐者，必待兒嗽定而後乳也。或嗽未定，以乳哺之，其氣必逆。乳不得消，化而為痰。痰氣壅塞，嗽不得轉，故嗽而吐乳也。[143]

先謂嗽吐是因嬰兒咳嗽未定時授乳，氣逆乳不消，化為痰。復稱此痰壅塞引發的咳嗽，終致嗽吐。吐是因咳嗽而起，但咳嗽又是因乳化成痰，壅塞而致。將前人痰壅肺氣不順，和飲食聚結成痰二種解釋路線，竟完全混合成了一種新說。

但是此二說紛紜，變成二說混合，似為一短暫的現象。因為萬氏《育嬰祕訣》刻本出(1549)後不及十年，一五五六年徐春甫(1520-1596)《古今醫統大全》問世時，其思路已偏向由傷風生痰作吐的方向理解問題。他說：「又有風痰吐者，乃是傷風不解，吐乳夾痰，久必生風。」[144]吐乳時夾痰，但痰非因乳而生，乃是傷風造成。徐氏稱為「風痰吐」者，到九十年之後朱惠明著《慈幼心傳》時，已改稱「傷風嗽吐」，對其症，朱氏此時的說明是：

> 傷風嗽吐者，因兒外感風寒為熱則生風，風生痰，痰結胸中，肺氣不順。連嗽不止，和痰吐出。[145]

這種說法，像熱生風，風生痰，痰結胸中，肺氣不順，連嗽而致吐等，大抵採取了三百五十年前曾世榮的說法，而完全放棄了陳言、萬全等以為痰為未消的乳食所化的說法。不過，更重要的是，徐氏此處正式提出小兒之所以會有熱生風生痰，終致咳嗽不止而嘔，最初的肇因，在「兒外感風寒」。也就是說外感受寒所成的小兒感冒等疾病，才是嗽吐背後真正的主症。嗽吐只不

---

141 曾世榮，〈諸吐〉，《活幼口議》，卷中，頁 25。

142 朱震亨，〈西江月〉，《幼科全書》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4819。寇平，〈嘔吐〉，《全幼心鑑》，卷 4。

143 萬全，〈嘔吐〉，《育嬰祕訣》，見《萬密齋兒科全書》，下編，頁 92。

144 徐春甫，〈嘔吐〉，《古今醫統》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4822

145 朱惠明，〈吐〉，《慈幼心傳》，頁 39。

過是此主症所衍發及併帶發生健康上不適現象之一。此一理解，可說爲近世幼醫紛論不已的痰吐，嗽吐之爭，找到了眞正決斷的契機。十七世紀中以後醫家之論「傷風嗽吐」者，如王肯堂等迄未再提起乳食生疾，及痰結胃口的說法[146]。十八世紀中，《醫宗金鑑》、《幼科要訣》有「痰飲吐」一條，論其因謂：「痰飲壅盛在胸中，痰因氣逆嘔吐成」。[147]也就是說痰壅氣逆是成吐的原因，問題應在呼吸道而不在消化道。

嗽吐或痰吐主要的問題既在痰結成嗽，去風化痰[148]，化痰順氣[149]，疏風化痰[150]，或驅風化痰之劑[151]，遂爲其治療要旨之所在。五苓散、胃苓湯、藿香、半夏散、砂仁等則是主要的藥材。煨薑或姜湯則仍是經常的藥引或送服之劑。

（五）其他

除了熱吐、冷吐、積吐、嗽吐等當時指認爲最主要或常見的小兒嘔吐類別之外，唐宋以來的醫家還提到過一些可說是次要的嘔吐狀況，譬如毒氣吐（誤服藥物或食物中毒而引起的嘔吐[152]，）血嘔（嘔吐帶血，或吐血[153]），嘔吐不止[154]，乾嘔[155]，惡心[156]，翻胃（或反胃）[157]，氣嘔[158]等等。顯示傳統醫

---

146 王肯堂，〈嘔吐〉，《證治準繩》，《古今圖書集成》，醫部，卷 435，頁 4825。
147 吳謙，〈痰飲吐〉，《醫宗金鑑》、《幼科雜病心法要訣》，卷 52，頁 87。
148 曾世榮，〈諸吐〉，《活幼口議》，卷中，頁 25。
149 朱震亨，〈西江月〉，《幼科全書》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4819。
150 徐春甫，〈嘔吐〉，《古今醫統》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4822。
151 朱惠明，〈吐〉，《慈幼心傳》，頁 39。
152 巢元方，〈服湯中毒毒氣吐下候〉，《諸病源候論》，卷 47，頁 3。王肯堂，〈毒氣吐〉，《證治準繩》，《古今圖書集成》，醫部，卷 435，頁 4826。
153 巢元方，〈吐白候〉，前引書，卷 47，頁 4。陳言，〈血嘔證治〉，前引書，卷 11，頁 15-16。
154 朱震亨，〈嘔吐〉，《幼科全書》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4819。朱惠明，〈吐〉，《慈幼心傳》，頁 40。王肯堂，〈吐〉，《證治準繩》，《古今圖書集成》，醫部，卷 435，頁 4825。吳克潛，〈嘔吐不止〉，《吳氏兒科學》（台北：新文豐出版公司，1977，影印國三年版），頁 18。
155 巢元方，〈乾嘔條〉，前引書，卷 21，頁 3。張杲，〈乾嘔不吐〉，《醫說》，頁 330。
156 巢元方，〈惡心條〉，前引書，卷 21，頁 3。張從正，〈嘔吐〉，《金匱鉤玄》，頁 32。
157 王燾，〈許仁則療嘔吐方因〉，前引書，卷 6，頁 45-46。

者早已注意到，許許多多不同的健康上的異狀，都可能造成或伴有嘔吐現象之發生。而在這些次要的嘔吐類型中，討論較多，也必較值得特別一提的，是蟲吐和驚吐。

1. **蟲吐**

蟲吐，簡單地說就是小兒因體中有寄生蟲，而造成的嘔吐。朱震亨稱之爲「蚘厥」，以患者會有「蚘蟲吐出」[159]。寇平對「蟲吐」的描述，詳細得多。以患兒「面白、毛焦、唇紅或紫、或昏困不省人事。時吐。」[160]除因有蟲而常作吐之外，對營養不良顯示在面色、唇色、毛髮、精神方面的表徵，有清楚的指證。

十五世紀末以後，近世幼醫對小兒蟲吐問題的討論愈來愈多。萬全說：

> 蟲吐者，腹中有蟲，時作酸痛，痛則吐清水涎沫。[161]

點出了腹中有蟲的小兒有腹痛的現象，其嘔吐常隨腹痛而來。龔信的記述則更詳細一層，他說：

> 時常惡心，嘔吐清水，胃口作痛，得食暫止，饑則痛甚，此胃中有蚘也。[162]

惡心、嘔吐、胃痛之外，特別提到患者之胃痛，得食可暫止，但遇饑則加劇。秦景明的觀察，也相當接近，他說嘔吐的小兒：

> 若時常惡心，嘔清水及蚘蟲，胃中作痛，得食即止，蟲也。[163]

患有寄生蟲的小兒，常會作嘔，其吐出物中，有時有蟲（如朱震亨及秦景明此處的說法），有時無蟲（寇平、萬全、龔信未提及吐出蚘蟲一事）。問題的癥結仍在如何辨識某些小兒腹痛嘔吐，是因體內有寄生蟲所致。吳謙等所編的《醫宗金鑑》中有「蟲吐」一條，說：

> 蟲吐胃熱或胃寒，色變時疼嘔清涎；
> 寒熱當以陰陽辨，化蟲加減理中湯。[164]

---

158 陳言，〈氣嘔證治〉，前引書，卷 11，頁 16。
159 朱震亨，〈西江月〉，《幼科全書》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4819。
160 寇平，〈嘔吐〉，《全幼心鑑》，卷 4。
161 萬全，〈嘔吐〉，《育嬰祕訣》，見《萬密齋兒科全書》，下編，頁 92。
162 龔信，〈嘔吐〉，《古今醫鑑》（北京：商務，1989），卷 5，頁 139。
163 秦景明，〈嘔吐〉，前引書，卷上，頁 64。

此處所提到的蟲吐患兒會臉色變，腹疼，嘔涎等現象，都是以前幼醫已經談到過的事實。唯對療治，以爲應分辨其胃經之寒熱再分別用藥，則是少有的處理方式。

一般而言，治療蟲吐患兒的困難在確認其嘔吐是因蟲而起。如吐出物中帶蟲，此辨認的工作當然就容易得多。無論如何，一旦確定其嘔吐是腹中寄生蟲所引起，中世紀以來中國的醫者對驅蟲之藥下蟲之劑其實是很有經驗的。朱震亨提起烏梅丸子時，就信心十足的說：其「效如神，一服，蚘安，吐定。」[165]其他的幼醫，有的直以下蟲丸[166]、追蟲散[167]或化蟲丸[168]名之。這些驅蟲下蟲，因而治理蟲吐問題的處方中，最共同而常見的有作用藥物包括烏梅、苦根根皮、史君子、檳榔、枯礬、乾薑、白朮等藥品。

蟲吐的問題爲何在近世引起幼科醫者日益的關注，是另一個值得思索的問題。此醫論上的呈現的興趣除可能意味著醫學領域在知識上的成長與變化之外，是不是也反映出十五世紀中期以後中國幼兒罹患胃腸型寄生蟲問題的案例在增加中，案情有擴大或嚴重化的趨勢，尤其是一個歷史上重要而應更進一步追蹤的問題。因爲幼科醫學中談其他健康問題者，也同時從不同的方面一如「蟲疳」和營養不良的問題[169]一討論到小兒寄生蟲的問題。如果十五世紀中葉以後，小兒腹中寄生蟲的問題的確有擴大或惡化的跡象，此類情況與同時期中國人口之南遷與成長，飲食習慣之改變（如使用菜疏與生果之種類與數量），及耕作之方式（如水肥的普遍使用及其採用方式）等等因素，以及公共衛生、家庭衛生環境與家庭和個人衛生習慣（如採用、準備和進食的器皿和方法）等等許多問題，都是密切相關而很可以再作深入探討的。

---

164 吳謙，〈蟲吐〉，《醫宗金鑑》、《幼科雜病心法要訣》，卷 52 ，頁 88 。

165 朱震亨，〈西江月〉，《幼科全書》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434 ，頁 4819 。

166 陳言，〈氣嘔證治〉，前引書，卷 11 ，頁 16 。

167 吳謙，〈蟲吐〉，《醫宗金鑑》、《幼科雜病心法要訣》，卷 52 ，頁 88 ；陳聰榮，《中醫兒科學》（台北：國立編譯館， 1987 ），頁 98 。

168 謝觀等編，《中國醫學大辭典》（四）（北京：中國書店， 1988 ），頁 4390-4391 。

169 關於蟲疳及近世小兒營養與健康之變化，可參考熊秉眞，〈疳：中國近世兒童的疾病與健康研究之二〉，《中央研究院近代史研究所集刊》，期 24 （ 1995 ），頁 287-291 。

2．驚吐

驚吐之稱，是小兒因爲受驚，或顯現似乎遭受驚動的模樣，而夾帶有嘔吐的現象。這中間，可能包括現代所瞭解的神經性嘔吐，以及因爲精神因素而發生的嘔吐。曾世榮《活幼口議》的「小兒吐證方議」中所提的各種小兒吐證中，即曾有「驚吐」一類[170]。其後近世幼醫論者雖不在多，此一觀念卻相當普遍[171]。吳謙等所編著的《醫宗金鑑》中仍列有「夾驚吐」一條，其內容謂：

> 食時觸異吐青涎，身熱心煩睡不安。
> 截風觀音散極妙，止吐定吐丸可痊。[172]

此處所言，明指小兒飲食之時，突遭異物之觸，受驚致吐，爲其主因。吐青涎，身軀發熱，煩躁，睡眠不寧則爲主證。其治療所常予的觀音散、定吐丸中，有中醫一向用以驅驚定神的全蝎或蝎蛸，以及防風、丁香等藥。

不過驚吐之提出，其意義不止於表明小兒受驚也可能演致嘔吐，而在於傳統中醫注意到神經或精神性的因素，可能是導致小兒嘔吐的背景之一。因爲談小兒嘔吐的醫論中，除了驚吐一項，還有其他的嘔吐類別，討論的重點也是因爲精神或心情之異常，而造成小兒嘔吐的結果。最重要的，像是「氣嘔」[173]，或「氣乳吐」[174]，所指出的是情緒的激動可能直接或間接引起小兒的不適，包括發生嘔吐的現象。其看法是，小兒本身情緒之嚴重波動，因可能使氣急氣逆，招致嘔吐。哺乳中的婦女情緒不良，亦可能使飲其乳之嬰兒消化不良，甚至嘔吐[175]。

其實傳統中醫幼科對嬰幼兒健康的心理或精神面一直注重非常。無論如

---

170 曾世榮，〈小兒吐證方議〉，《活幼口議》（北京：中醫古籍出版社，1985，據日本文政庚辰 1820 年皮紙抄本），卷 19，頁 318。

171 王肯堂，《證治準繩》，〈嘔吐〉一篇中，曾謂「夾驚吐，張渙三香用之類」，可見此病及處方，仍有部份醫家之注意。見《古今圖書集成》，醫部，卷 435，頁 4825。

172 吳謙，〈夾驚吐〉，《醫宗金鑑》、《幼科雜病心法要訣》，卷 52，頁 86-87。

173 陳言，〈氣嘔證治〉，前引書，卷 11，頁 16。

174 朱惠明以：「氣乳吐者，由乳母憂鬱或氣怒時，令兒乳哺，不能運化，故吐也。治法先令乳母釋其忿怒，服寬中順氣藥釀丸，令兒哺之爲上。」見其〈吐〉，前引書，頁 40。

175 關於母子雙方情緒異常對乳汁及餵乳的影響，亦可參考熊秉眞，《幼幼：傳統中國的襁褓之道》，第五章〈乳與哺〉，頁 110-113。

何，談哺乳必母子神閒氣定，論小兒驚風一症的抽搐可因受驚而致[176]。或講求勿驚嚇幼兒，及幼兒安神乃能安眠等等。其關心的重點，都在心神情志之平衡安寧對嬰幼兒身心健康的絕對重要性，以及心情受激烈衝擊所可能引起的小兒生理方面異常或病態的反應。近世幼醫之言驚吐者，實為循此理路在小兒嘔吐問題上面的一種發揮。

四、吐與瀉之並論：

（一）吐瀉並作

宋以後中國幼醫之論小兒嘔吐問題的另一重要轉折，是將吐與瀉相提而並論。此一發展在中國醫療史和健康史上固有其自身之意義。但其所反映的事實，從長期角度觀察，亦有部份牽涉到小兒嘔吐問題在過去一千年來可能變化的軌跡。因為吐與瀉同時發生，顯然與單患吐或瀉的情況，很可能代表不同類別的問題。吐瀉之並作，在人類健康史上應該有一段長遠的歷史。即以中國而言，吐瀉並論，或吐痢相提，出現的也相當早。遠古者不論，中世紀唐代重要的醫籍如巢元方的《諸病源候論》，王燾的《外台秘要》中都有對吐利候，霍亂吐痢不止或腹痛吐痢的討論和處方。[177]《外台秘要》中談吐痢，且在不止二處有專為小兒吐痢問題所設療法和處方。

但是如果脫離完全以醫學史為主軸的思考方式，而設法考慮人類健康史的發展脈絡的話，一種疾病，或某類的健康問題，在文獻或醫籍上出現，與它實際上在當時是否即為一普遍或重要的現象，其間仍有一段距離。前者固然可意謂在人群中已有這個事實的發生，更重要的，文獻和醫學的資料代表人類在意識或知識的範疇中開始發現、注意或瞭解，處理這個問題。至於後者，也就是說要研究或解決一種疾病或健康問題何時或如何變成了一個社會或地方的一項普遍而重要的現象，所需仰仗的就不只是醫籍文獻一種資料所

---

[176] 可參見熊秉眞，〈驚風：中國近世兒童之疾病與健康研究之一〉，《漢學研究》，卷 13 期 2（1995）。

[177] 巢元方，〈吐利候〉，前引書，卷 47，頁 3。王燾，〈療小兒霍亂吐痢不止方〉，〈小兒吐痢方〉，〈霍亂吐痢方〉，〈霍亂腹痛吐痢方〉，前引書，卷 6，頁 2-8。

能滿足。尤其，即便是運用醫籍醫論爲部份進入此問題的輔助消息，看待、理解、和分析醫學性素材的角度和方法也必須有新的轉變，其轉變的重點，就在於從醫籍的字裡行間，包括其留白闕漏的部份，加上醫學之外對當時社會、經濟、起居作息、人口之消長遷徙，生物與微生物環境的移動，種種輔助性但關鍵性的知識，來重新解讀體會醫學性資料中所涵帶的有關人類健康變化的歷史性訊息。

小兒吐瀉問題的歷史及其在醫學文獻上之呈現可以是一個很好的示範性例證。因爲宋代（約十世紀）以後醫籍中有關小兒吐瀉的資料，一方面反映著當時醫者對此健康問題的認識和處理方式，一方面也不斷間接透露出此健康問題在社會中實際上發生與變化的情況。這兩方面的訊息，似如二條並行前進的平行線，實則多有交會之點。

宋代自幼科始祖錢乙開始，談小兒吐瀉問題大致環繞著三個焦點進行：一是吐瀉發生時患兒的年齡（是初生三至十日、乳嬰、或小兒）。二是吐瀉發生時患兒的體溫（是身溫，乍涼乍熱，身涼，或身熱）。三是吐瀉發生的時間或季節（是五月十五以後，或六月十五，七月十五，八月十五之後；是夏秋，暑月，還是春冬）。三個議題中，仍以體溫和季節的問題，最爲關注和爭辯的重點。

對於患兒體溫，宋代幼科醫者最初的看法是，出現吐瀉症狀的小兒在體溫上似乎沒有一定的症象，故錢乙談小兒吐瀉，將身溫、身涼者分作三類討論。而各予診治[178]。錢乙的說法，後代幼醫多習而不察，照樣抄襲傳誦者，大有人在。或許這個時期小兒吐瀉的患者的確是體溫有高有低，或維持中溫正常的情況都有。也就是說，其吐瀉及證候，主要發生在其腸胃消化道，體溫上即有些微異狀，但異狀並不明顯，升高或降低的方向也不確定。

關於小兒吐瀉之症容易發生的時間，宋代幼科醫籍描述的也呈現一個相當寬廣的範圍。錢乙說初生嬰兒「吐瀉身溫涼」之症「多病於秋夏也」[179]。

---

[178] 錢乙，〈初生三日以上至十日吐瀉身涼〉，〈傷風吐瀉身溫〉，〈傷風吐瀉身熱〉，〈傷風吐瀉身涼〉，前引書，卷上，頁 20-21。

[179] 錢乙，〈初生三日以上至十日吐瀉身涼〉，前引書，卷上，頁 20。

而小兒「傷風吐瀉身涼」「多病於春冬也」。[180]另有一篇論「夏秋吐瀉」者，則分以四條文字，說明發生於五月十五以後，六月十五以後，七月十五以後，及八月十五以後的小兒吐瀉症各自約略不同的特徵和治法[181]。所以綜而言之，依錢乙之見，小兒吐瀉其實是春、夏、秋、冬四季都可能發生，雖然舊曆五月中到八、九月之間的夏季初秋所見的例子可能稍多。對此問題，略晚錢乙數十年出版的宋代幼科要籍《小兒衛生總微論方》有了些微不同的看法。它說小兒之「吐瀉多病於春、夏、秋三時，惟冬時絕少者。」病以爲春、夏、秋三個季節所發生的吐瀉分別肇因於風、熱、冷三種不同的因素。最後特別提醒醫者：「凡治吐瀉者，必當審其時候，觀其形證，察其溫涼寒熱，如此則無誤矣。」[182]所以關於吐瀉的發生季節《小兒衛生總微論方》稍微縮小了錢乙所談的範圍，認爲春、夏、秋三季是其主要的發病期，冬季絕少會有案例。在另一篇稱爲「冷熱吐瀉」的討論中，《小兒衛生總微論方》也徵引了錢乙所述五月中到八月中以後四種不同的吐瀉症情等等。但是對小《小兒衛生總微論方》的作者而言，發生季節對掌握小兒吐瀉問題顯然是一個重要的關鍵，所以同篇文字隨即對此問題作了更深入的發揮，還特別指出了季節與氣候的變化，在中國原居之中原及當時人口正大量移入的江浙地區，可能有相當的差異，以：

> 吐瀉所論冷熱時月，此以中原之地言。今較之江浙則氣候不同。今江浙之地，二三月尙寒，四五月溫暖，六月入伏之後纔熱，七月熱盛，八月熱尙未退。雖冬月晴多便暖，雖夏月陰多便寒，不可概以中原冷熱時候便爲定論。經所謂東西南北之異地，溫涼寒熱之異宜。況每歲寒熱自隨時令，早晚難以拘定月日也。候之者，乘其至也，謂至其熱，

180 錢乙，〈傷風吐瀉身涼〉，前引書，卷上，頁 21。

181 原文謂：「五月十五日已後，吐瀉、身壯熱，此熱也。小兒藏府，十分中九分熱也。或因傷熱，乳食吐乳不消，瀉深黃色，玉露散主之。六月十五日已後，吐瀉身溫，似熱，藏府六分熱四分冷也。吐嘔，乳食不消，瀉黃白色，似渴或食乳不食乳，食前少服益黃散，後多服玉露散。七月七日已後，吐瀉，身溫三分熱七分冷也，不能食乳，多睡悶亂哽氣，長出氣，睡露睛唇白多噦，欲大便不渴，食前多服益黃散，後少服玉露散。八月十五已後，吐瀉，身冷無陽也。不能食乳，乾噦，瀉青褐水，當補脾，益黃散主之，不可下也。」錢乙，〈夏秋吐瀉〉，前引書，卷上，頁 22。

182 《小兒衛生總微論方》，〈吐瀉〉，《古今圖書集成》，醫部，卷 435，頁 4828-4829。

則從熱治；至其溫，則從溫治；至其寒，則從寒治；至其涼，則從涼治。此乃隨四時之氣，各適其宜。[183]

所以此時如《小兒衛生總微論方》作者等所代表的幼醫，雖覺得發生季節對了解小兒吐瀉之症可能相當重要，也留心到南北地區月份之寒暑差異。但對小兒吐瀉是否特別發生於某一季節，某些月份，尚無定論。

此類的情況，到了十二世紀末期以後的醫籍資料上發生了明顯的改變。不論是對小兒吐瀉患者的體溫升降，或者小兒吐瀉之症的發生時節，此後的醫者都發表了明確的新說法，且透露出一些戲劇性新訊息。先就體溫方面而言，張從正 1228 年出版的《儒門事親》專論「身熱吐瀉」[184]。對他而言，吐瀉患者均伴有發燒身熱，體溫升高的現象，吐瀉而身溫身涼之事似乎已不能成立，或不值得討論重視。 1294 年曾世榮出《活幼口議》一書中，也特別講到患兒發熱的問題，所以如何「退熱」成了處理小兒吐瀉之症的重要議題，他曾反覆致意，警告大家「吐瀉之熱，不可用以寒涼」[185]。大概當時確有不少醫者病家是循「熱者下之」的傳統醫藥路線，用寒涼攻下之劑對付身體發熱的吐瀉患兒。無論如何，張從正和曾世榮的說法，與前此幼醫對小兒吐瀉時體溫的狀態持相當不同的論述。此敘說之異，固然可能是不同醫家在醫學知識和診治方法上的歧異，更可能的，是反映了他們所注意到的小兒吐瀉症實際出現的型態上的變化。很可能中古以前直到十二世紀中爲止，小兒吐瀉並作，其實出現的病例不多，而且（或因而）呈現的體溫方面的症狀也不明顯。固然有體溫升高者，也有些是體溫維持溫和，甚至有些發涼的現象。但是十二世紀末期以後，醫者所見到的小兒吐瀉患者可能明顯有體溫增高，身軀發熱，急需退熱之特徵，或者此類型之患者特別凸顯。

在小兒吐瀉的發生季節方面，十二世紀末期以後的醫籍也呈現出一些不同的看法。 1189 年出版的張杲的《醫說》中說：「小兒暑月多吐瀉」[186]。此後醫者似多均以爲小兒吐瀉是一個伏暑或夏秋之交的毛病，並不如此前宋代

---

[183] 《小兒衛生總微論方》，〈冷熱吐瀉〉，《古今圖書集成》，醫部，卷 435 ，頁 4829 。

[184] 張從正，〈身熱吐瀉〉，《儒門事親》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434 ，頁 4819 。

[185] 曾世榮，〈議吐瀉詳證六法所治〉，《活幼口議》，卷 16 ，頁 250 。

[186] 張杲，〈小兒吐瀉用藥〉，前引書，卷 10 ，頁 8 。

幼醫等的觀察，以爲該問題是一個終年四季，或春夏秋三季大半年都會出現的問題。

最讓人驚異的，是十二世紀末以後，醫者所描述的小兒吐瀉之症的症狀與在此以前的描述有些急劇的不同。張杲說，小兒吐瀉不但多在夏天發生，而且「其泄不止」[187]。不停地泄是這些小兒吐瀉之症中特別突出的現象，也許其不止之泄比其亦作嘔吐是更主要的症狀。出書於張杲之後四十年的張從正也說，他所看到的吐瀉小兒，除身熱之外，常有「水泄不止」的情形。其甚者竟「暴速注下」[188]。也就是說這些患吐瀉症的小兒，不但是瀉而不止，而且呈「水瀉」狀，以狂暴注下的情勢瀉出。又經四十年左右，楊士瀛說，吐瀉患者，發生時是「卒然吐瀉」[189]，而且體有「腹痛」現象。[190]也就是事前沒有任何徵兆，也沒有一個逐漸發病的過程，而是如晴天霹靂一般突然就上吐下瀉起來。再三十年左右，當曾世榮著《活幼心書》論吐瀉時，就說這些小兒在盛夏初秋之時易罹患此症，症發時，「暴吐暴瀉」，而「吐瀉交作」[191]。所以十二世紀末到十三世紀之間，重要的幼科方面醫者及醫籍所描繪的小兒吐瀉之症，已經完全脫離了在此以前宋代幼醫的觀察和看法。小兒吐瀉不再是一個隨時都可能發生，患者體溫沒有一定高低症象的毛病。而變成一種多半發生在夏季或夏秋之交的毛病，患兒多半伴有高溫。而且其吐瀉症倏然而至，突然發生，且一旦發生，就勢不可擋，尤其是其下瀉的情況，以狂暴而下，水瀉不止的情況出現。而且患兒常是吐瀉交作，暴吐而暴瀉。這種的描述不能不讓人懷疑到十二世紀末期至十三世紀這些醫者所看到的小兒吐瀉是否根本是另外一類型的健康問題。因爲根據描述，中古到十二世紀初醫籍所討論的小兒吐瀉，很可能只是某一種或一些腸胃及消化道不適，而恰有吐、瀉雙方面之症狀出現（譬如腸胃性感冒，或類似現今所說的腸胃炎等）。但是十二世紀末到十三世紀起，這些幼科醫籍所論的小兒吐瀉，似乎更接近某種急性腸胃炎，或以腸胃症狀爲主的急性傳染病（如後來所談的霍亂或痢

---

187 同上註。

188 張從正，〈身熱吐瀉〉，《儒門事親》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4819。

189 楊士瀛，〈吐瀉方論〉，前引書，卷 13，頁 1。

190 楊士瀛，〈吐瀉方論〉，前引書，卷 13，頁 3-4。

191 曾世榮，〈吐瀉〉，《活幼口議》，卷中，頁 23-25。

疾）。

有關這方面的討論，十二世紀末到十三世紀末引起的關注和推敲，到十四、十五世紀之間，方有復歸沉寂之勢。檢視十三世紀末以後幼科醫籍中有關小兒吐瀉方面的篇章，如魯伯嗣《嬰童百問》[192]、寇平《全幼心鑑》[193]等的內容，覺其說法反而大抵復歸到近似錢乙與宋代的講法。此起伏之勢不免引人深思，二百多年時間，小兒吐瀉是否突然又銷聲匿跡，變得較前微不足道，或相對之下已不構成兒童健康之大威脅？因爲這段時間中，幼醫的醫論醫案中並未繼續傳述十三世紀醫者所談的那類暑月出現，會使患兒發燒，而且狂吐瀉不已的吐瀉之症。幼科醫者竟又滿足於重複或依循十二世紀中期及以前醫者對小兒吐瀉問題的比較寬廣而模糊的說法，謂患兒身溫，身熱，身涼的情況都有。而且又說起初生三日內，三日至十日發生吐瀉等等乳嬰吐的問題。是不是前此時期一度引起不少醫者重視的小兒吐瀉急症，此時又舒緩下來，以至醫者及醫論也隨而挪移開了他們的關注？因以整體醫籍所示長期知識技術之傳承而言，實難謂此類內容之轉換，爲無心之疏失，或傳統之遺落。

倒是到十六世紀初，幼科醫者對小兒吐瀉問題又顯現新的熱誠與興趣。王鑾的《幼科類萃》和朱惠明的《慈幼心傳》的內容很能反映這個趨勢。一五二一年出版的《幼科類萃》中，王鑾除了重引曾世榮等十三世紀醫者有關「小兒上吐不止，下瀉不停」的病情研判（譬如說：心痛先吐者乃脾胃虛冷，腹痛先瀉者乃脾胃有熱），重新重視起小兒「吐瀉俱發」的毛病（有別於只吐不瀉和只瀉不吐），及其治法。而且，他又注意起這種毛病發生的季節和患兒體溫的問題。論中復將患兒分歸「夏至後十日吐瀉」、「大暑節後吐瀉」、「立秋後七日吐瀉」、「秋分後吐瀉」等類別，似圖依其發病的時節，尋其一些與疾病的證候及治法相關的規則[194]。依其論述，他所觀察到的小兒吐瀉

---

192 魯伯嗣，〈霍亂吐瀉〉，前引書，卷 7 ，頁 353-354 。

193 寇平，〈嘔吐〉，《全幼心鑑》，卷 4 。

194 原文謂：「夏至後十日，吐瀉、身壯熱，此熱也蓋小兒臟腑，十分中九分熱也。或因傷熱，乳食不消，瀉深黃色，玉露散主之。大暑節後，吐瀉身溫，似熱臟腑中，六分熱四分冷也。嘔吐，乳食不消，瀉黃白色，似渴或食乳或不食乳，食前少服益黃散，食後多服玉露散。立秋後七日，吐瀉，身溫臟腑中三分熱七分冷也，不能食乳，多睡悶亂哽氣，

似乎實際上多發生於夏天或夏秋之際。至於患兒的體溫，他提到小兒春秋傷風吐瀉，出現身熱和身涼兩種情況，未提有身溫之例。最後，他還談了依瀉出物分辨判斷病情，及小兒吐瀉不治在症狀上的辨識辦法。[195]

十六世紀二十年代以後，醫籍所見幼科醫者對小兒吐瀉問題比十四、十五世紀時期的醫者要有興趣得多。此時著名的幼醫，如萬全，在十六世紀中所出版的多本幼科醫籍，如《幼科發揮》(1549)、《片玉心書》(1549)等均有當篇幅討論小兒吐瀉的問題，其所舉的案例中，也確有二小兒「暴吐瀉」之案例。[196]再經一百年後，朱惠明的《慈幼心傳》抄本流傳之時(1644)，其中所見朱氏對小兒吐瀉問題的討論。一則再申飲食不節，風寒不愼常爲小兒吐瀉毛病之肇因（實則飲食與風寒，就中醫病因而言，均屬外感，故此處朱氏等醫論的最重要意義，是將小兒吐瀉症指向外感類疾病）。二則特別提醒醫者，小兒吐瀉是一個面像多端，變化複雜的毛病，診治時須特別謹愼。「宜辨虛實而治之」。明言「吐瀉並作」爲其主症，而只吐只瀉的患兒，應分別處理（「各見本門」），不得混淆。三則復述仔細觀察其吐瀉發生過程與發生狀況對正確的診治之關鍵性（是先瀉後吐，還是先吐後瀉等等）[197]。

一五二〇年代到一六四〇年代的一百二十多年間，幼醫對小兒吐瀉問題的討論，其最重要的意義並不只在此時對小兒吐瀉問題有無新的認識，或掌握有新的療法，還包括根本上，其復現之興趣或現象由何而來？背後的歷史脈絡爲何？是因爲一度肆虐、困擾十三世紀醫者的小兒吐瀉問題，經二百多年的低勢存在，在此時（明代末期到明清易鼎的饑饉、戰亂，人口散佈移動，農村經濟破產的時期），又突然以星火燎原之勢復燃四野嗎？是有任何新型的兒童流行病正傳播在中國內地，而挾有吐瀉之症狀嗎？

長出氣，睡露晴，唇白多噦，欲大便不渴，食前多服益黃散，食後少服玉露散。秋分後，吐瀉，身冷無陽也。不能食乳，乾噦，瀉青水，當補脾，益黃散主之，不可下也。」王鑾，〈錢仲陽吐瀉治法〉，前引書，卷 9，頁 211-212。

195 上述王鑾有關小兒吐瀉的討論，可分見於〈論小兒吐瀉有冷有熱〉，〈論小兒吐瀉宜暫斷乳〉，〈錢仲陽吐瀉治法〉，〈吐瀉不治證〉等篇，前引書，卷 9，頁 207-217。

196 萬全，〈吐瀉〉，《幼科發揮》，卷 3，頁 63-66。〈吐瀉醫案〉，《萬密齋兒科全書》，下編，頁 89-90。《片玉心書》，〈霍亂吐瀉〉，《萬密齋兒科全書》，下編，頁 88。

197 朱惠明，〈吐瀉〉，《慈幼心傳》，頁 38-39。

要解開這類疑點和揣測，進一步追究和調查的線索之一，是此時期幼科醫籍談小兒吐瀉問題，突然又援用舊時醫學中所謂「霍亂」的名詞，將「霍亂」與「吐瀉」問題，同提而並論，這到底代表什麼意義呢？此時醫者所說的「霍亂」又究竟是什麼樣毛病呢？

（二）霍亂

現今中文名詞中通用爲近代醫學中所指稱的 cholera （早期曾譯作虎列拉）之譯名的「霍亂」一詞，其實是在中國醫學中一個早已流用的詞彙。原意當然不是晚近所說的此一特定的急性傳染病（雖則中醫原說的霍亂問題中也可能包括後日所謂的 cholera，但在十九世紀中以前的中文使用中，二者絕非一事）。因爲中醫早期對「霍亂」的一般定義，重點在：「病之揮霍悶亂，成於頃刻之間者。」[198]在採霍亂爲形容之詞，以狀所有突發而病情急攸且混亂之疾病。不過《素問》隨即以「民病嘔吐」及「霍亂吐下」進一步說明這類健康問題[199]。「霍亂」一詞遂當與吐瀉問題連在一起。中古重要醫籍如王燾的《外台秘要》，有「霍亂吐痢方」之設，且另有專篇，談「療小兒霍亂吐痢不止方」[200]。

上古及中古醫籍中將霍亂混雜於其他疾病中，間作討論，未對之顯示任何特出興趣。中古以後，九至十一世紀之間，有三百年左右，醫書中對所謂霍亂的問題，竟覺興味索然，幾乎不見任何論述。十二世紀中一些重要的幼科醫籍，開始重提霍亂與小兒吐瀉的問題，像《小兒衛生總微論方》裡說，有一種發生於夏秋大熱之時的小兒吐瀉症，「身熱脈亂」、「上即下吐，下即大瀉」，名曰霍亂，但是作者以爲此病與小兒一般之伏暑吐瀉不同，後者症狀較輕。而且認爲霍亂源自伏暑傷冷，陰陽二氣亂於腸胃之間而成。雖指明霍亂與小兒吐瀉之間的差別，但對所謂霍亂的病源，說法還相當模糊[201]。

---

[198] 謝觀等，《中國醫學大辭典》，頁 4203。

[199] 王冰註，〈六元正紀大論〉《重廣補註黃帝內經素問》（上海：上海書局， 1987 ），卷 21 ，頁 71 。

[200] 王燾，〈霍亂吐痢方〉、〈療小兒霍亂吐痢不止方〉，前引書，卷 6 ，頁 2-5 ；卷 35 ，頁 40 。

[201] 原文曰：「吐瀉於夏秋大熱之時。伏暑傷冷，則心臟煩躁，小便不利，清濁不分，陰陽

但十三世紀中期以後的醫者和醫書，對霍亂復燃起一股興趣。幼科也有不少醫籍將之與小兒吐瀉問題，又聯合起來討論。像楊士瀛之《仁齋直指》即有一篇稱爲「霍亂吐瀉」。似以霍亂吐瀉爲吐瀉中特別之一種。此病之發「揮霍變亂」、「卒然吐瀉」、「心腹卒痛，嘔吐下利，發熱增寒，頭痛眩暈[202]」。不過，最具關鍵性的一項發展，還是十三世紀末曾世榮《活幼口議》中的言論，他說：「吐瀉者乃揮霍擾亂之證。霍者吐，亂者瀉。[203]」將吐瀉與霍亂完全攪爲一事，而且其間竟對霍亂一詞也賦予了一層迥異於往前之新意。若細察曾氏篇中所論及的病情，嬰兒到數歲小兒都有「上吐不止，下瀉不停」之證，而且均發於夏秋極熱之時。描述之間，曾氏也提到其病之發與「渴而飲水，過餐生冷」等飲食接觸似與其後暴吐暴瀉有某種關係。這整個敘述倒底是代表曾氏對小兒吐瀉問題的一番新認識，新看法呢？如果這麼說，曾世榮其實是進一步混淆而非澄清了近世幼醫對小兒吐瀉的瞭解。或者當時他臨床上所看到的嬰幼兒吐瀉之症本身的型態已變？一件又一件夏秋暑熱之季，小兒因飲食不當頓致「吐瀉並作」，暴吐暴瀉不止的案例，取代了過去醫者文獻中所談的其實是偶發性的小兒又吐又瀉的病例？反覆研讀文字，試思理路，後者之推測似乎更近實情。

十三世紀末以後，又過二百五十年左右之後，幼科醫者及醫籍方再度對霍亂與小兒吐瀉，興起討論。1521 年刊刻的王鑾的《幼科類萃》中，作者雖提及霍亂之名，且前引十三世紀末期朱丹溪、曾世榮等氏之言，視之爲小兒吐瀉症之主軸[204]。唯多襲前人之見（當然可能某種小兒吐瀉之症又復發爲嚴重之問題，才引起了作者稽求舊說之興）。眞正重採霍亂之名而有若干新見的，是萬全。萬氏於其 1549 年刊刻的《育嬰祕訣》及《幼科發揮》中，對小

二氣相干，名曰氣亂。亂於腸胃之間，名曰霍亂。其證乘熱傷冷，氣逆而喘，腹脅脹滿，身熱脈亂，頭痛體疼，如傷寒之狀。上即大吐，下即大瀉，重者四肢厥冷，腳脛轉筋。法當調順其氣，分別清濁，升降陰陽。若只伏暑吐瀉者，則小便不利，其證雖與上證稍同而輕，非霍亂比。瀉色赤黃，此但只名伏暑吐瀉，不爲霍亂也。」見《小兒衛生總微論方》，〈冷熱吐瀉〉，《古今圖書集成》，醫部，卷 435 ，頁 4829 。同書另有論霍亂吐瀉之治法，之別於一般小兒吐瀉者，亦見同篇。

202 楊士瀛，〈吐瀉方論〉，前引書，卷 13 ，頁 1-3 。

203 曾世榮，「吐瀉十二」，《活幼心書》（北京：中國書店， 1985 ），卷中，頁 23-25 。

204 見王鑾，「脈法」、「論小兒吐瀉有冷有熱」，前引書，卷 9 ，頁 207-209 。

兒「霍亂吐瀉」都有專論。其間，不但以「夾食傷寒，陰陽永隔」爲其因，而且以「起手倉卒」、「上吐下瀉而躁煩悶亂」狀其症。論述中尤其點出：染病者死亡率極高，（「若加喘滿驚搐者，十不救一。」）療治時必須斷食（「主治大要斷其乳食」，「飲米湯必死。」），而且提到有一種霍亂，又名「絞腸痧」（雖以之爲「不吐不瀉」之「乾霍亂」），顯然已注意到其症所致之腸絞痛，與急性與傳播之特徵（中醫中所謂之痧，通常指某種急性而易於散播之疫疾。）。但他特別申明，並不是所有小兒吐瀉症，都可歸爲霍亂一類，有些「吐瀉不止，非霍亂也」，而且還要用下法治之。其間之分際，十分重要[205]。其實，所謂的霍亂，與一般小兒吐瀉到底有如何之相似相關，又有如何之不同，確實常爲此時期幼醫之困擾。薛鎧《保嬰全書》、徐春甫《古今醫統》中均有「霍亂吐瀉」一篇，實多在論小兒吐瀉[206]。及至十七世紀中，朱惠明爲《慈幼心傳》之時，談小兒吐瀉，也強調「長夏時內傷外感」，即潮溼季節，爲飲食所傷，導致吐瀉。並提到「又有遍身轉筋，身足厥冷，腹中絞痛，謂之轉筋吐瀉，又名絞腸沙。」所以在朱惠明的認識中，「絞腸沙」（或作「痧」）與不作吐瀉的「乾霍亂」其實是二種不同的毛病，而前者的確會有腹絞痛，轉筋吐瀉之症狀[207]。

所以由第八到十七世紀末，中國醫籍，尤其在幼科方面，對霍亂的討論，出現二次最重要的變化時期，一在十二世紀中到十三世紀末，一在十六世紀中及十七世紀中。二段時期醫者之重論霍亂，都是將其注意力集中在一種卒然發生，暴吐暴瀉，甚至發厥轉筋的病情上。而此二段時期，正好也約略是幼科醫者醫籍最明顯將小兒嘔吐問題往小兒吐瀉問題上發揮的時期。其所談之小兒吐瀉，在此二段時間內，也特別重視體溫升高，水瀉不止和暴吐暴瀉

---

205 萬全，〈霍亂吐瀉〉，《育嬰祕訣》，《萬密齋兒科全書》，下編，頁 87-88。亦可參見〈吐瀉〉，《幼科發揮》，卷 3，頁 63-66。

206 薛鎧，〈霍亂吐瀉〉，前引書，卷 7，頁 705-715。徐春甫，〈霍亂吐瀉〉，《古今醫統》，《古今圖書集成》，醫部，卷 434，頁 4822。

207 朱惠明，〈吐瀉〉，《慈幼心傳》，頁 38-39。稍早孫一奎、王肯堂等亦有有關霍亂之說，孫氏以霍亂者吐不止。而王氏以「小兒吐瀉並作，即爲霍亂」，並且以爲暴吐暴瀉之症，多發生於夏秋。見孫一奎，〈吐瀉門〉，《赤水玄珠》，卷 26，頁 13-15。王肯堂，〈吐瀉〉、〈夏秋治裡〉，《古今圖書集成》，醫部，卷 435，頁 4823-4824。

等特徵。姑不論其所言之小兒吐瀉與所謂的霍亂吐瀉或霍亂，其重疊性與傳播面究竟如何，首先值得推敲的，是在此二段時間之內，中國境內是不是曾經出現甚或盛行過某種（一種或一種以上）小兒急性的腸胃型疫病。據其載記這種或這類疾病常在暑熱之季發生，會使患兒吐瀉並作，因而與純粹的吐或瀉的問題不同，而且會引起發燒，狂吐狂瀉不已的症狀。歷史上的可能之一是此一臨床上的疫情，實際引起了當時幼科對小兒吐瀉與霍亂兩個問題上的重新重視，並為之注入了新的內容。

至於霍亂問題的本身，截自十七世紀末為止，中國醫者和醫籍所講及所使用的霍亂一詞，仍然不能視為是現代醫學瞭解下的 cholera（霍亂）一疾二者因名詞傳譯而混為一談，是更為晚近的發展。雖則十三世紀以後中國醫學中所稱的霍亂，已較中古及其以前醫學名詞中所說的霍亂要具體而狹義得多，其所指的很可能確是某種會引起上吐下瀉不已的急性腸胃病。

五、醫療史與健康史交集下的小兒嘔吐問題：代結論

小兒嘔吐，從過去到現在，大約一直是個容易發生而且四處可見的問題。中國醫者早就——自然地或不能避免地——注意到這個問題，他們知道會發生嘔吐的，有吐乳的嬰兒，也有吐食的兒童。甚至依據熟知的醫理，就他們所能觀察、掌握的症狀，分冠予寒、熱、積、嗽、驚、蟲之名，以別其性質證候，論其診斷治療。他們所留下的醫籍，其醫論、醫方、醫案，正載記著他們這方面的知識、看法和經驗。

至於後人要如何解讀、窺探或重建這些紀錄所描繪的世界，實為另一問題。過去中國的醫籍，除了業醫者以之為手冊教本之外——由脈經學診斷，從幼科習幼醫——罕有人採之為史跡。極少數略涉醫經者，多半以之為論醫學史之素材：從歷代最主要的幾本代表性經典，的確可以理出中國醫學發展之大勢。但這只是疏致之大輪廓，或者略涉其醫學思想、醫學文化發展之梗概。醫學內部知識變化之細況，向少明析。

因若思觸及醫學知識之內容，不能每朝只論一、二大家，每代只翻少數經籍的，如還想對此醫學知識內容之發展背景，彼此之間的流派特色，甚至

其實際之功能效用，得一印象，就更不是數冊醫經，幾位醫聖所能透露出訊息的了。欲進此這一層面，解讀者須先脫離原來醫學史或狹義的科學史框架，不以談醫學思想、醫學觀念、醫學文化爲饜足，而設法由醫學史——或擴充、轉變爲——醫療史的思考方式。

以小兒嘔吐問題爲例，此處所想瞭解的，不只是傳統醫學中對小兒嘔吐問題所持的觀念、態度，其價值上之假設，文化上的偏頗等等——此類問題當然是重要的基礎——而是包括過去醫者對這個問題之瞭解。以及如此發問，以某種方式認識，憑何等辦法診斷、調養、治療，用那些藥物，開哪些處方，取得到那些成功與失敗的經驗，可能較少數名家在理論上的建樹有同等，或者更高的意義。

醫療史之外，譬如說疾病史。直至今日，我們對過去數千年中國疾病發展之大勢，多感是茫然不知何從。不但不知道中國上古、中古、近世、近代各有些什麼最重要的疾病，亦不知論這類重要疾病發生於何時，起始於何地，是曾肆虐四方大眾，亦或折苦一地之小群。甚至不能確定，上古、中古、近世、近代這類的斷代，東、西、南、北這般的地域分劃，男女老幼這類的人群區別，對中國疾病史而言，是不是最有意義的指標。要由醫學史或醫療史式研讀醫籍的辦法，逐漸走向疾病史式的探索，其間顯然有很長的一段路。廣閱遍覽高低良窳各種醫療資料，自然是上路的必有裝備。由一個個單項的疾病或者健康上的問題——如小兒嘔吐等等——出發，勉強可算是往此方向推進的一點努力。

疾病史之外，還有健康史的問題。雖有謂疾病與健康僅爲一事之二面，實則只掌握疾病史並不能自然轉換爲對健康史之洞悉。即便疾病史已能告訴我們過去的人在何時生過如何的大病，仍然不等於知道，那些未罹病的人，或者社會在未遭大疫的時候，一般人的健康情形怎樣？他們的營養如何？矮小瘦弱，不堪一病是整體的問題嗎？罹病的人是誰？健康的人又是誰？過去我們對疾病史少予聞問，當然更談不上對中國健康史有什麼認識想法。實而言之，健康與歷史很少被置於一處，當作一個可發掘，該認識的重要題目去衡量、想像。

從這個角度出發，由小兒嘔吐的問題，擴及其吐瀉並作，甚至霍亂的舊

瓶新酒之用，尤其可見其意義。因爲這類的討論，讓人更強烈的意識到，這中間醫者所論辯、紀錄的問題，可能不只代表其個人的意見，甚至一個學門在某一時地的認識，而可能涵括該時該地社會物質環境所引發的一些具體而待解決處理的問題。

爬梳關涉吐瀉與霍亂的資料，讓我們知道，過去千餘年來，嬰幼兒的嘔吐問題固然一直存在——醫籍中對小兒之吐仍緩緩如水流，持續而平和地進行下去——更讓我們驚覺，有二段時期，其關懷之紀錄出現過不尋常的變動。十二、十三世紀和十六、十七世紀，醫籍突然紛紛論起發生於夏天會使小兒發燒、暴吐暴瀉不止的病症。如此的記錄不能不讓人懷疑，這二段時期，中國是否眞發生或盛行過某種小兒腸胃型的急症，甚至急性傳染病？而後一個時期，即十七世紀中到十七世紀末葉，有些醫籍之作者又正在將小兒嘔吐的問題，與種種小兒的流行病（像發燒、咳嗽、有蟲），及傳染病（如發疹、發痘、及痘疹）相提並論[208]。這些的新說[209]固可視爲醫學發展上的一種新摸索，但未嘗不也反映了小兒嘔吐問題本身的變化與複雜化。

若更進而將此疾病史與健康史的景像，與當時的社會經濟史之狀況作一聯想，則十二、十三世紀，與十六、十七世紀恰也是中國內地人口大量增加、移動，社會動亂，經濟失序的時期。這種種因素，對當時的營養、衛生，物質資源、健康條件，自然構成莫大的挑戰，而這些挑戰轉而成爲疾病、生物及微生物、乃至整個生態變化上重要的新環境。醫者醫籍上之由談小兒嘔吐，時或轉而專論小兒吐瀉與霍亂，很可能也是這健康史及醫療史變化上之自然而隱密的一個側寫。

醫療史與健康史——或介於純粹的科學史與社會史、生活史——之間的另一種連繫，是醫案及過去臨診紀錄之解讀利用。在小兒嘔吐問題上，亦有幾種較突出的案例，可作小規模之比較嘗試。首先，錢乙的《小兒直訣》中留下三個幼兒吐瀉的病例。一是當時廣親宮的五太尉。「病吐瀉不止，米穀不化」。當時王宮中眾醫紛紜。多半的醫者主張用「溫藥」，據載惟錢乙排眾議而主張用「涼藥」治之。廣親王起先採信了眾醫之見，予服三付丁香散。

[208] 秦景明，〈嘔吐〉，前引書，卷上，頁 63-64。

[209] 夏鼎有關「吐」的討論，也是轉折期之另一例證。見《幼科鐵鏡》，卷 4，頁 9-10。

數日後，患兒不但開始加喘，且吐逆更甚。「眾師不能至，復召錢至」。錢乙以白虎湯、白餅子、及石膏湯，加自製之黃芩、牛黃、天竺、硃砂等所成之藥丸，用竹葉湯化下，患兒「熱退而安」。第二例，是廣親宮七太尉，當時七歲，也在七月「病吐瀉」「其證不食而昏睡，睡覺而悶亂，哽氣乾嘔，大便或有無。不渴。」眾醫主張作驚治之（以下法為主），而錢乙主張「先補脾後退熱」。此次眾醫之見似未被採納，錢乙卒先以史君子丸補脾，石膏湯退熱，又以水銀硫黃末研和，以薑水調下。據稱患兒隨治而愈。第三例，是馮承務的五歲兒子，出現「吐瀉、壯熱、不思飲食、目睛多白、面色無神」。依錢乙判斷，此乃「腎經虛弱，下之則愈虛」，遂以消積丸磨之，亦漸愈[210]。這幾個案例，可能都發生在十一世紀下半期，錢乙仍為諸王侯子女治病的時候。其患兒雖均作吐瀉之症，病情各異，當時週遭的其他醫生，對病情和治療的法也與錢乙相當分歧，但是後來變成近世幼科主流的錢乙態度相當堅定，其對病情之研判，亦僅固守過去醫經的寒熱補下等基本理路而行。對小兒的嘔吐或吐瀉，尚不見任何複雜化的瞭解或處治。

1228年刊刻的張從正的《儒門事親》也記有一個小兒嘔吐的案例。說河間劉光濟有位二歲的兒子，「病疱，後嘔吐，發昏。」先用了一些丁香荳蔻

210 關於此三案的記載原文為：「廣親宮五太尉，病吐瀉不止，米穀不化，眾醫用溫藥。一日而加喘，吐不定，錢氏曰當以涼藥治之。所以然者謂傷熱在內也，用石膏湯三服并服之。眾醫皆言吐瀉多而米穀又不化，當補脾，何以用涼藥。王信眾醫，皆用補脾丁香散三服。錢醫後至，曰不可服此。三日後必腹滿升熱，飲水吐逆，三日外果如所言。所以然者，謂六月熱甚，伏入腹中，而令引飲傷脾胃，即大吐瀉也。眾又行溫藥，使上焦亦熱，故喘而引飲。三日當甚，眾師不敢治。復召錢至。見其熱證，以白虎湯三服，更以白餅子下之，一日減藥二分，二日三日又與白虎湯各二服，四日用石膏湯一服，及旋合、門冬、黃芩、腦子、牛黃、天竺、黃茯苓，以硃砂為衣，服五丸，竹葉湯化下，熱退而安。

廣親宮七太尉，七歲病吐瀉。是時七月，其證不食而昏睡，睡覺而悶亂，哽氣乾嘔，大便或有或無，不渴。眾醫作驚治之，疑睡故也。錢曰先補脾，後退熱，與史君子丸補脾，石膏湯退熱，又以水銀、硫黃末研和，以薑水調下，一字，錢曰凡吐瀉，五月內，九分下而一分補，八月內九分補而一分下。此者是脾虛瀉，醫妄治之。至於虛損，下之即死，即當補脾。若以史君子丸恐緩已，又留溫胃益脾藥治之。醫者李生曰何食而噦。錢曰脾虛津少，即嘔逆。曰何瀉青褐水。曰腸胃至虛，冷極故也。錢治而愈。

馮承務子五歲，吐瀉，壯熱，不思飲食，目睛多白，面色無神。師曰此腎經虛弱，下之則愈虛，遂以消積丸磨之，漸愈。大凡傷食不下，則成癖，下後即與補脾，無不效者。」

的薑香之藥，均不見效。當時寄住其家中的一位麻先生就向光濟先生進言，說他知道一種「小方，無毒，人皆知之」，問劉先生願不願意一試。劉先生相當信任麻先生，甚願採用。麻先生則言此方之立意乃循金元四大家中所謂寒涼攻下派中的劉河間的理路，依：「涼膈散可治瘡疱」之理爲之。據聞有人「用之如神」，麻先生亦以其立意頗爲可取。劉先生遂「欣然從之」。正在採用其方之間，適有另一友人王德秀過門，對其處置頗不爲然，說：「瘡疱首尾不可下。」此時，麻先生好像也發生動搖，「自悔其多言也」，覺得向時的建議可能是一失誤，但「業已然，姑待之。」誰知小兒服藥後，餐時，竟吐出一合黃涎，到了當天中午，再一詢問，說這二歲小兒早已吵著要到街上玩耍去了[211]。這個案例，病情稱不上嚴重，調治和發展過程似乎也有幾分突涕。不過，以此案例，可知當時小兒嘔吐發生的背景，形形色色都有。嘔吐，顯然是一常見而需處理的小兒健康上的問題，本身並不代表某種特定疾病。此案中的二歲小兒據說就是因爲罹患瘡疱之後，出現嘔吐症狀（用現今的語言說，其嘔吐算是其他病症的併發症或後遺症）。其次，十三世紀初，張從正記下此例證之時，醫者和略有醫藥知識的一般人對小兒嘔吐的毛病，其性質及治療，顯然並沒有什麼明確而肯定的看法。前面錢乙與其他貴宦之醫固然爭辯不已，此處出身中上階級的劉先生和麻先生也是如此。以致麻先生最後建議嘗試的處方，不但只是一種建議，而且夾有許多道聽途說，口耳之碑，以及傳言之信。基於這種來源和基礎下的治療之方，正開始施用，成敗未定之時，遇到了持相反意見的王先生。王先生雖未援引任何權威或理論，只逕自發表了另一種研判之見，原議卻立感支持不住，覺得可能走錯了路，錯投了方劑。更妙的是，就在大家七嘴八舌，有人反駁，有人失悔，有人躊躇的時候，服了藥的孩子，也不知是否與其進藥有關，竟在吐出一些黃涎後

211 原文爲：「河間劉光濟之子，纔二歲，病疱後嘔吐發昏。用丁香荳蔻之類不效。適麻先生寄其家，乃謂光濟曰今有小方，無毒，人皆知之，公肯從乎？光濟曰先生之言必中於理，何敢不從。麻先生曰劉河間常言涼膈散可治瘡疱。張戴人用之如神，況內經言，少陽所至，嘔涌。少陽者，相火也，非寒也。光濟心而從之。此日利二行，適王德秀自外入，聞其利之也。乃曰瘡疱首尾不可下。麻自悔其多言也，業已然，姑待之。比至食時，下黃涎一合，日午問之，兒已索然遊於街矣。」見張從正，〈醫案〉，《儒門事親》，《古今圖書集成》，醫部，卷 437 ，頁 4845 。

——此一現象，即算發生了，也不知能確定整個病情是否眞是相干——好似已完全痊癒，活潑如初嚷著要到街上玩去了。而且，更進一層想：這整一群人，包括識醫者及不甚識醫的民眾在內，對小兒嘔吐之來龍去脈，認識醫療，均不甚了了，莫衷一是的現象，此不單是一個事實，而且是一個當時連最有經驗，最有見地的醫者都不以爲怪的事實。以致著名儒醫儒張從正不但不帶一絲訝異感嘆，從實記下了整個故事，可能還誠心以爲，此類的案例，對當時及後世的讀者，包括習醫者及關心醫藥知識的社會上中階級的識字民眾，很可能有參考價值。

三百多年以後，另一位幼科名醫薛已也留下了一個短短的醫案[212]。說有一位五歲小兒，吃了粽子以後，「咬牙欲吐，頃刻間腹脹昏憒，鼻青黃赤。」薛已認爲這是一個簡單的「食積發厥」的例子，就叫人用一支雞毛探他的喉嚨，引他作嘔，吐出胃中發酸的食物，以後小孩顯得清醒多了。但醫生還是要求節制他的飲食，待其胃腸恢復。總之，這是一個沒用藥就處理妥當的一個小兒欲吐的病例。[213]這個看來平淡無奇的病例，讓我們意識到，許多發生於民間而當時歸入小兒嘔吐類的健康問題，確實只是飲食不當或遭風寒等所造成的暫時的胃腸方面的不適，對於處理這類一般性，而非特殊、複雜或嚴重的嘔吐問題，傳統幼醫所立的熱吐、冷吐、食吐、痰嗽、蟲吐、驚吐等等協助臨診瞭解判斷與處方療治的大方向，多半的時候，確有其功用。這個明顯是食積欲吐的例子(現今所說過飽及飲食不當——給五歲小兒吃粽子——所造成的消化不良），用機械性或藥物性的引嘔，加上飲食控制療養，多半已能解決問題。文中薛氏所命採用的「雞翎探吐」的辦法，宋代到明清醫書中論小兒嘔吐常見載記，用以處理小兒過食、誤食、及食物藥物中毒的案例。薛已是明代幼科名醫，但他平日臨床所用，也是醫書中所建議最通常的一些醫療辦法。

1624 年刊刻的張介賓的《景岳全書》中也留下四個生動翔實的關於小兒

[212] 曾待於明朝太醫院的薛已、薛鎧父子其實留下了豐富的醫案紀錄，《保嬰撮要》中即單關小兒嘔吐的案例就有 30 個案例。見薛鎧，〈醫案〉，《保嬰撮要》，頁 4845-4849，

[213] 原文是：「小兒五歲，食粽後，咬牙欲吐，頃間腹脹昏憒，鼻青黃赤，此脾土傷而心肝所動。食積發厥也。先令雞翎探吐出酸物，頓醒，節其飲食，勿藥而愈。」見薛已，《保嬰金鏡錄》，《古今圖書集成》，醫部，卷 437，頁 4845。

嘔吐的案例。其中第一個例子的陳述、發展最爲動人。因爲罹病的小患者正是作者碩醫張介賓自己甫滿半週歲的三兒子。介賓載記此例，起始即以充滿慈靄溫馨的口吻告訴讀者說，這三兒子是在丁巳(1617)正月生在當時的燕京家中的。所以到白露時節，正好半歲。作爸爸的張介賓見近日天氣有些涼，總擔心孩子的被褥不夠，恐怕受寒，常叮囑家人要注意他的保暖和照護。他說，家裡的女眷們每不以他的囑咐爲意。結果幾天後，小孩「果至吐瀉大作」。身爲名醫的父親，先就一般溫胃和脾和理中之劑，讓孩子送服。怎知三天仍不見效。隨即加上人參、薑、桂、吳茱、豆蔻等熱性藥及辛香劑，也不見改善。這時，已到孩子罹病後第四、五天，據介賓自己描述，孩子是「隨乳隨吐，吐其半而瀉其半，腹中毫無所留矣」。他不得已，決定下人參、附子、薑、桂等重劑。怎奈嬰孩「下咽即吐，一滴不存，而所下之乳，則白潔無氣，仍猶乳也。」父親望著吐瀉已多日的孩子，不能不承認「斯時也，其形氣之危，已萬無生理也。」身爲博學能治的醫生，竟然遍施各技，救不了自己的愛子。介賓說：「余靜坐書室，默測其故」，左思右想也找不出自己那裡做錯了，或者還有什麼別的路子可走？既感嘆自己「技已止此，窘莫甚矣」孩子之危況未解，卻也不能安眠。「思之思之，忽於夜半而生意起」。想到了是否所用之藥氣味太重，使胃本已極虛的幼子難以下咽。一思之下，乃想法新創一種兼能治病而具甘辛可口的藥劑。幾番思量之下，他決定試以九分的參湯（以二兩人參煎成）配以一分的椒薑湯（用三錢搗碎的胡椒和一兩煨薑煎成），溫熱後慢慢餵予患兒。小孩眞的「噈而不吐，竟得獲救」，「而且自後乳藥皆安。」其雖則下瀉的問題並未停止。如此餵藥餵乳，四更天後一直到午未間。餐湯用盡。忽然間，孩子卻出現了「躁擾呻吟，煩劇之甚」的情形。這時，腦中充滿了俗間醫藥常識的家人，都開始埋怨這位名醫父親，怨他怎可將大量人參等劇熱之藥，予以臟腑嬌嫩的小嬰兒，這下「是必燒斷肚腸也。」而且急而怨，彼此「相與抱泣」，哭成一團。張介賓說他此時「雖疑之，而不爲亂，仍寧神熟思之。」自忖用藥若是不對，應早就會出現狀況，何至此時遽變。所以念頭一轉，揣測「若此必數日不食，胃氣新復，而倉廩空虛，饑甚則然也。」於是取起身邊備好的粥，舉給孩子看。小孩果然「張皇欲得，其狀甚急」，遂給他一小碗，孩子「鯨吞虎嗜」地吃了，好像不足，

再予半碗，不夠，又給了半碗，孩子才靜靜地睡著了。這下子，總算是在幾番試藥，和細心琢磨調養之下，渡過了一次吐瀉的危機。身爲醫生的爸爸，固深自警悟藥味與診治之間竟有如此重要的關係。更感喟地說，如果此次患病的不是自己親生的兒子，「故可信心救療如是。」換了別的醫家，在用珍貴的人參幾錢而不見效時，一定早就在周遭煩言吠起之下，控指醫生誤治，而以相對的苦寒之劑對之。如此，依張介賓的判斷，是「無不即死」，而喪子的病家一定還要歸罪於前面用參的醫生。所以張氏的感想是，夾處於複雜病情，紛亂醫說，和一知半解卻又常橫加左右的民眾中間的醫者，實在常是黑白難辨，沉冤莫明[214]。

---

[214] 原文略謂：「余季子於丁巳正月生於燕邸，及白露時，甫及半週。余見新涼日至，虞裀褥之薄，恐爲寒氣所侵，每切囑眷屬保護之，而眷屬不以爲意。及數日後，果至吐瀉大作，余即用溫胃和脾之藥不效，隨用理中等劑，亦不效。三日後，加人參三錢及薑桂、吳茱肉、豆蔻之類，亦不效。至四五日，則隨乳隨吐，吐其半而瀉其半，腹中毫無所留矣。余不得已乃用人參五六錢製附子薑桂等各一二錢，下咽即吐，一滴不存，而所下之乳，則白潔無氣，仍猶乳也。斯時也。其形氣之危，已萬無生理矣。余靜坐書室，默測其故，且度其寒氣犯胃，而吐瀉不止。若舍參薑桂附之屬，尙何術焉。技已止此，窘莫甚矣。思之思之，忽於夜半而生意起，謂其胃虛已極，但藥之氣味略有不投，則胃不能受，隨拒而出。絅附子味鹹，亦能致嘔，必其故也。因自度氣味，酌其所宜，似必得乾辣可口之藥。庶乎胃氣可安。尙有生意，乃用胡椒三錢，搗碎加煨薑一兩，用水二鍾煎至八分，另盛聽用。又用人參二兩，亦用水二鍾煎至一鍾，另盛聽用。用此二者，取其氣味之甘辛純正也，乃用茶匙挑合二者，以配其味。凡用參湯之十加椒薑湯之一，其味微甘而辣，正得可口之宜，遂溫置熱湯中，徐徐挑而與之陸續漸進。經一時許，皆嚥而不吐，竟得獲救。自後乳藥皆安，但瀉仍未止也。此恣四鼓服起，至午未間已盡二兩之參矣。參盡後忽爾躁擾呻吟，煩劇之甚，家人皆怨，謂以嬰兒嬌嫩臟腑，何堪此等熱藥，是必燒斷肚腸也，相與抱泣。余雖疑之而不爲亂，仍寧神熟思之。意此藥自四鼓至此，若果藥有難堪，何於午前相安而此時遽變，若此其必數日不食，胃氣復新，而倉廩空虛，饑甚則然也。有預備之粥，取以示之，則張皇欲得，其狀甚急。乃與一小盞，輒吞鯨虎嗜，又望其餘，遂復與半碗，猶然不足，又與半碗。遂寂然安臥矣。至次日，復加製附，始得瀉止。全愈。嗚呼！此兒之重生，固有天命。然原其所致之因，則人之臟氣，皆繫於被褥，薄夜寒則寒，從背愈而入內，干於臟終必深矣。原其所治之法，則用藥雖當，而氣味不投，無以相入求效難矣。及其因饑發躁，使非神悟其機，倘妄用清涼一解，則全功盡棄，害可言哉。故余筆此以見病原之輕重，氣味之相關，及診治之活變，有如此關係者，然此特以己之兒，故可信心救療如是。設以他人之子，有同是病者，於用參數錢之時，見其未效，不知藥未及，病必煩言吠起，謗其誤治，改用苦寒，無不即死，而仍歸罪於用參者，此時黑白將焉辨之。故再贅其詳，用以廣人之聞見云。」見張介賓，《景岳全書》，〈醫案〉，《古今圖書集成》，醫部，卷 437，頁 4849。

就小兒嘔吐的演變史而言，這個讓人擔驚動容的個人的遭遇，只是讓人益加肯定，小兒吐瀉大作之症，在十六世紀末、十七世紀初確嘗發生，雖則單由此例尙難推論是否有流行或散播傳染的現象。而以醫學滿懷，博學才具如張介賓者，其論治時每每猶豫，醫療用藥上屢需創造發明，而求個別之療治，也鮮明地點出當時醫界對小兒吐瀉問題尙無眞知定見，對最有學養知識和診治經驗的醫家及業者而言，其臨床上的治療照顧，還是要邊試邊測，再加上幾許運氣。看來，遭夾縫之困頓的不只是當時心跡難昭的醫生，整個小兒嘔吐及吐瀉症，實例不斷出現，但其關鍵性的認識和治療方針，是黑白難辨，像埋沒了的眞相一般隱隱不明。

類此之考察解析，可以看到在小兒嘔吐這個問題上醫籍中的醫論，固然可以作爲瞭解問題的一個起端，尤其據以一窺過去醫者對此問題的理解和看法。其留下的醫方，也可以補充說明當時處理此一問題的方向。用藥的簡單或複雜，昂貴或平賤，陽劑的治法和用法，都可間接刻畫出醫者當時面對問題的態度，甚至問題在社會各階層間流行的情況。醫案中所留下的個個具體的案情及臨診紀錄，更可以生動而眞實地透露，如何身分、年齡、性別的患者，在如何的情況下罹病，他平時身體健康的一般環境條件及健康習慣如何，患病時受到如何的照顧，病好或病壞時醫生的態度，家人的處理等等。前引張介賓記季子罹吐瀉症例證之後。即附有三個有關小兒患瀉之案例，最後一例，說是一個父親第一位五歲的女兒，路過一家藥舖，父親誤把晾曬在舖前地上劇毒的巴豆，以爲是可口的松子，拾起就投入了女兒口中，使她不久大瀉十餘次。[215]這個小小的例子，再次讓我們驚覺醫籍中，尤其是醫案部分所蘊涵豐富和細緻的社會史及生活史素材，尙待出土。以醫論，配合醫方，比照醫案的研究，應是運用傳統中國豐富醫籍資料最有收穫的辦法之一。尤其，

[215] 原文作：「余初年在京，治一五歲鄰女。適經藥鋪，見有曬晾巴豆，其父誤以爲松仁，以一粒與食之，嚼而味辣，即忙吐出，而已半粒下咽矣。少頃，大瀉十餘次，瀉後次日，即致肚腹通身悉皆腫脹，絕口不食。因求治於余。或謂宜黃連、菉豆以解毒。或謂宜四苓五皮以利水。余曰大攻之後，豈非大虛之證乎。能再堪苦寒以敗脾否，大瀉之後又尙有何水之利，遂單用獨參湯及溫胃飲，以培脾氣，不數劑而復原如初。夫既已大瀉而何以反脹，若是因此一證，乃知大虛大寒而致成腫脹者，類多如此。」張介賓，《景岳全書》，〈醫案〉，《古今圖書集成》，醫部，卷 437 ，頁 4849-4850 。

如果我們最終希望瞭解的，不只是以醫學理論、醫學思想爲骨架的醫學史，還包括醫療史、疾病史，甚而至於人類健康變化的歷史。在這個辦法的嘗試上，我們正思舉步，小兒嘔吐問題的挖掘沉吟，算是一個小小的足跡。